W. HELLPACH

PSICOLOGIA
CLINICA

W. HELLPACH

★

PSICOLOGIA CLINICA

PRIMERA
EDICION

EDICIONES MORATA
MADRID

OBRAS DE CONSTANTE DEMANDA

ABDERHALDEN & MOURIQUAND: *Vitaminas y Vitaminoterapia.*

ABELLÓ: *Colapsoterapia de la Tuberculosis Pulmonar.*

ALBERCA: *Neuraxitis Ectotropas.*

ALCALÁ SANTAELLA: *Urología Clínica.*

AULER & MARTIUS: *Diagnóstico de los Tumores malignos.*

VITAL AZA: *La práctica Obstétrica y Ginecológica en la Medicina Rural* (2 tomos).

BLANCO SOLER: *La Obesidad y su Tratamiento.*

BONNIN: *Manual de Traumatología.*

BRENNAN: *Psicología General.*

BRUNNER: *Cirugía del Pulmón y de la Pleura.*

CAZAL: *Las Reticulopatías.*

CAZAL: *La Punción-biopsia del Hígado.*

CHATTON, MARGEN & BRAINERD: *Manual de Terapéutica Clínica.*

DOYLE: *Manual de Obstetricia y Ginecología.*

DURAN ARROM: *Propedéutica de Patología Circulatoria en las Profesiones.*

FANCONI & WALLGREN: *Tratado de Pediatría.*

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ: *Síndromes Dolorosos del Abdomen.*

FLEISCH, DEMOLE & PETITPIERRE: *Dietética y Dietoterapia.*

GIMENO RIERA: *Neurología.*

GÖBBELS: *Los Asociales.*

GOTTSTEIN: *Epidemiología General de la Tuberculosis.*

HADFIELD: *Psicología e Higiene Mental.*

HELLPACH: *Psicología Clínica.*

KAISER: *Manual de Otorrinolaringología.*

KALKOFF: *Tuberculosis de la Piel.*

KAULLA: *Coagulación Sanguínea.*

KLEINSCHMIDT: *La Parálisis Infantil Epidémica.*

OBRAS DE CONSTANTE DEMANDA

KNAUS, MÜHLBOCK & TSCHERNE: *Hormonoterapia Sexual Femenina.*

KREBS: *Terapéutica Ultrasónica.*

KRETSCHMER: *Estudios sobre Psicoterapia.*

KRUPP, SWEET, JAWETZ & AMSTRONG: *Manual de Práctica Médica.*

LEITNER: *Tuberculosis Primaria en Adultos y en Niños.*

LOOSLI-USTERI: *La Ansiedad en la Infancia.*

MAS MAGRO: *La Fórmula Leucocitaria en las Enfermedades Infecciosas.*

MAS MAGRO: *Sangre y Alergia.*

MINNITT & GILLIES: *Manual de Anestesiología.*

MÖSCHLIN: *La Punción del Bazo.*

OLIVARES: *Fracturas.*

PARSONS: *Enfermedades de los Ojos.*

PITTALUGA: *Paludismo.*

RATKOCZY: *Patología y Terapéutica de la Linfogranulomatosis.*

REDEKER: *Manual Práctico de Tuberculosis Infantil.*

RIESSER: *Farmacología y Terapéutica Musculares.*

ROMAÑA: *Métodos Prácticos de Análisis Clínicos.*

SCHLENK: *Química de los Derivados del Benceno.*

SCHLENK: *Tratado de Química Orgánica.*

SEWARD: *Diagnóstico de Cabecera.*

STOECKEL: *Tratado de Ginecología.*

TAPIA: *Clínica de los Procesos Epituberculosos Infantiles y su relación con las Infiltraciones y la Atelectasia.*

TRAMER: *Tratado de Psiquiatría Infantil, de la Pubertad y de la Adolescencia.*

VEGA: *La Hipertensión Portal.*

VERAGUTH: *La Espalda y sus Enfermedades.*

WAKELEY: *Tratamientos Modernos,* 1952.

WYRSCH: *La Persona del Esquizofrénico.*

ZIMMER: *Radioscopia de los Organos Torácicos.*

EDICIONES
MORATA
CIENCIAS
BIOLOGICAS
MADRID

PSICOLOGIA CLINICA

PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA

POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL

OTRAS OBRAS SOBRE
PSICOLOGIA Y NEURO-PSIQUIATRIA

R. Alberca.—NEURAXITIS ECTOTROPAS. *Estudio clínico, etiopatogénico, histopatológico y terapéutico de la encefalitis letárgica, etc.* 1943.
Vol. de 448 págs. (16 × 23) y 36 figs.

M. Bañuelos.—PERSONALIDAD Y CARACTER. *Estudio crítico.* 1942.
Vol. de 182 págs. (16 × 23).

— PSICOLOGIA DE LA MASCULINIDAD. *Estudio crítico.* 1942.
Vol. de 128 págs. (16 × 23).

— PSICOLOGIA DE LA FEMINIDAD. *Estudio crítico.* 1946.
Vol. de 168 págs. (16 × 23).

E. Bleuler.—AFECTIVIDAD, SUGESTIBILIDAD, PARANOIA. 1942.
Vol. de 144 págs. (16 × 23).

E. Bohm.—MANUAL DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH. (E. p.)

R. E. Brennan.—PSICOLOGIA GENERAL. 1952. (En prensa.)

J. Gimeno Riera y R. Rey Ardid.—NEUROLOGIA. *Páginas elementales para médicos y alumnos.* 1942.
Vol. de 416 págs. (16 × 23).

H. Göbbels.—LOS ASOCIALES. 1952. (En prensa.)

P. Gotor.—LA EPILEPSIA. *Estudio clínico, diagnóstico, tratamiento.* 1942.
Vol. de 216 págs. (16 × 23) y 29 figs.

J. A. Hadfield.—PSICOLOGIA E HIGIENE MENTAL. 1952. (En prensa.)

W. Hellpach.—PSICOLOGIA CLINICA. *Psicología clínica de la Infancia. Posibilidades clínicas del Psicodiagnóstico experimental.* 1952.
Vol. de 408 págs. (16 × 22).

H. F. Hoffmann.—TEORIA DE LOS ESTRATOS PSIQUICOS. 1946.
Vol. de 120 págs. (16 × 23).

C. Juarros.—NIVEL MOTORICO. *Edad motora. (Teoría y método de Oseretzky.)* 1942.
Vol. de 112 págs. (16 × 23) y 7 figs.

E. Kretschmer.—ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA. 1952 (En prensa.)

— y W. Enke.—LA PERSONALIDAD DE LOS ATLETICOS. 1942.
Vol. de 64 págs. (16 × 23) y 5 figs.

M. Lüscher.—PSICOLOGIA DE LOS COLORES. (E. p.)

M. Loosli-Usteri.—LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA. 1951.
Vol. de 208 págs. (16 × 22).

E. Mauz.—LA PREDISPOSICION A LOS ATAQUES CONVULSIVOS. 1942.
Vol. de 64 págs. (16 × 23).

M. Schachter.—EL MONGOLISMO. *Estudio clínico y médico-social.* 1943.
Vol. de 144 págs. (16 × 23) y 11 figs.

K. Schneider.—PERSONALIDADES PSICOPATICAS. 1948.
Vol. de 236 págs. (16 × 23).

— PROBLEMAS DE PATOPSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA CLINICA. 1948.
Vol. de 96 págs. (16 × 23).

G. E. Störring.—SIGNIFICACION E IMPORTANCIA DEL SINTOMA DE LA PERPLEJIDAD EN LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS. (*Contribución al diagnóstico diferencial de los trastornos mentales.*) 1944.
Vol. de 96 págs. (16 × 23).

M. Tramer.—TRATADO DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE LA PUBERTAD Y DE LA ADOLESCENCIA. 1946.
Vol. de 440 págs. (17 × 25) y 8 figs.

A. Vallejo Nágera.—PSICOSIS DE GUERRA. 1942.
Vol. de 88 págs. (16 × 23).

J. Wyrsch.—LA PERSONA DEL ESQUIZOFRENICO. 1952. (En prensa.)

H. Zulliger.—LOS NIÑOS DIFICILES. (E. p.)

Prof. WILLY HELLPACH

Doctor en Filosofía y en Medicina
Director del «Instituto Psicológico» de la Universidad de Heidelberg

PSICOLOGIA CLINICA

CON LA COLABORACION DE

BERNHARD DE RUDDER y **WILHELM WITTE**

Dr. en Medicina, Profesor de Pediatría y Director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Francfort del Main.

Dr. en Filosofía, Profesor Auxiliar de Psicología y Asistente del «Instituto Psicológico» de la Universidad de Heidelberg

QUIENES ESCRIBEN

PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA

POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL

Traducción del Dr. ALFREDO GUERA

Del Servicio Neuropsiquiátrico del Hospital Provincial
Colaborador del C. S. I. C.

PRIMERA EDICION

MCMLII
EDICIONES MORATA
MADRID

Título original de la obra:
KLINISCHE PSYCHOLOGIE
ZWEITE, ERWEITERTE AUFLAGE
Copyright, 1949, G. THIEME
VERLAG STUTTGART

ES PROPIEDAD
DERECHOS RESERVADOS
Copyright, 1952, by
EDICIONES MORATA
M A D R I D

PRINTED IN SPAIN
IMPRESO EN ESPAÑA
GRAFICAS CLEMARES - ORELLANA, 7 - MADRID

Dedico este libro

a la memoria de tres

maestros de la Clínica:

a mis inolvidables Profesores

EMIL KRAEPELIN (Psiquiatría)
HERMANN OPPENHEIM (Neurología)
ERNST ROMBERG (Med. Interna)

Willy Hellpach

PALABRAS PREVIAS
A LA SEGUNDA EDICION ALEMANA

Podemos sentirnos satisfechos de la acogida que ha obtenido la primera edición de nuestra «Psicología Clínica». Aparte de una sola excepción, cuya severa crítica va marcada con el sello de lo excesivamente personal (¿cómo se expresaba GOETHE *contra determinados críticos?: «El sonoro ladrido del can que nos acompaña no demuestra sino que cabalgamos»), nuestra tentativa ha sido positivamente apreciada e incluso, en parte, entusiásticamente alabada. Esto no debe ser para nosotros motivo para darnos por satisfechos con lo realizado y abandonarnos a un cómodo reposo, sino que ha de constituir precisamente un estímulo para procurar perfeccionar en lo posible nuestra obra, para completarla y para ajustarla mejor, tanto por lo que corresponde al fondo como a la forma. A ello se han aplicado diligentemente los tres colaboradores que han redactado esta «Psicología Clínica». Ellos agradecerán mucho toda crítica de buena fe que les haga observar aquellos aspectos de esta nueva edición que precisen de ampliaciones o de mejoras. Yo mismo, por ejemplo, considero como poco satisfactorio el apartado 36 f) (que trata acerca del fármacopsicoma narcótico), tanto por lo que se refiere a multitud de nuevos fármacos como por lo que respecta a las modalidades locales, paravertebrales o intramedulares de disolución de la sensibilidad; aquí serían muy de desear comunicaciones psicomatológicas que precisasen, mejor desde luego que como habitualmente lo hace la literatura médica, estas cuestiones. No dejaría de tener importancia, en ocasiones, el modo como actúa sobre la conciencia un anestésico que no llegue a provocar la pérdida de ésta, y no se*

debería rechazar, como cuestión de poca monta (y frente a la principal finalidad: la anestesia), la consideración de esto, sobre todo si se tiene en cuenta el papel que pueden desempeñar las «idiosincrasias» (que tan molestas pueden resultar, tanto para el paciente como para el operador). Así sucede, por ejemplo, en naturalezas adrenalinófobas, en las cuales basta la más mínima administración del fármaco para desencadenar, bien episodios colapsiformes objetivos, bien sensaciones subjetivas de colapso, de ansiedad mortal y otras por el estilo. Agradecería extraordinariamente cuantas comunicaciones e indicaciones se me dirigiesen acerca de este particular.

Expreso asimismo mi agradecimiento a aquellos que se han dirigido a mí por medio de cartas manifestándome la opinión que les ha merecido la «Psicología Clínica», y hago constar con especial satisfacción el hecho de que hayan sido principalmente los médicos maduros, con gran experiencia propia, quienes nos han hecho constar su satisfacción, y algunos incluso su entusiasmo acerca de nuestra obra. Ellos son quienes nos han asegurado cuántas cosas nuevas han aprendido en nuestro libro, y los que, con sus preguntas, nos han indicado importantes puntos a completar y perfeccionar. Si el médico maduro afirma que le ha sido posible aprender algo en una pequeña obra como la presente, cabe esperar, con tanto mayor motivo, que el médico recién salido de la Facultad, aquel que no dispone aún de la suficiente experiencia, no encuentre estéril su lectura.

Hemos agregado nuevos apartados acerca del psicoma coleótico (33 c) y del psicoma venéreo (35 c). Rogamos, en cambio, a aquellos que, a través de las revistas o por medio de cartas, nos manifiestan sus censuras o sus deseos con respecto a nuestra actitud frente a los métodos de la «psicología profunda», que nos dispensen si preferimos no mostrarnos más explícitos acerca de los mismos. Dichos métodos constituyen auténticos enriquecimientos de nuestro saber diagnóstico y terapéutico, pero se trata de técnicas especializadas, de procedimientos extraordinariamente dificultosos, que únicamente pueden ser dominados por especialistas, pues, de lo contrario,

servirán para provocar empeoramientos en lugar de mejorías, para enturbiar, en vez de para esclarecer. En este sentido, nos referimos a ellos en diversos pasajes de la «Psicología Clínica» (véase el índice de vocablos técnicos en psicología profunda y psicoanálisis), y acompañamos la mención con el consejo de que el médico no intente intervenir en lo referente a estas materias sin disponer de una preparación adecuada, o, de no ser así, que apele al especialista. Esto constituye precisamente el motivo por el cual no ha sido posible incluir en el ámbito de nuestra «Psicología Clínica» una exposición más a fondo de dichas materias. Hoy en día resulta una lamentable insuficiencia el hecho de que aquel que estudia Medicina tenga que arribar al estudio de la psicopatología, bajo la forma de psiquiatría clínica, sin conocer la mayoría de las veces lo más mínimo acerca de la psicología científica normal, mientras que se estima conveniente ocuparse durante años enteros y examinarse a fondo de anatomía y fisiología normales antes de abordar un solo enfermo somático. Ello equivale a comenzar una casa por el tejado.

Tampoco debería iniciarse el estudio de la psicología profunda antes de haber logrado desenvolverse, al menos con cierta libertad, con respecto a las regiones elementales del conocimiento de la psique humana. ¿Cómo se puede ocupar de la represión, de la formación de símbolos, de complejos y de catarsis, aquel que no tiene ni idea del concepto, de la elaboración, de la reproducción, de la génesis actual de los normales contenidos psíquicos? Habrá de trabajar, irremisiblemente y en plan de diletante, a base de sonoros fetiches verbales. No se puede descender a una «profundidad» o sondearla sino a partir de la superficie, y, por otra parte, y al fin y al cabo, tampoco perjudicaría gran cosa a las psicologías más o menos «profundas», que tan terriblemente abundan hoy en día, que se esforzasen de una vez por asimilarse la psicología elemental y corriente, la cual tan imprescindible es, o debería ser, para todo médico.

Existe una considerable literatura especializada acerca de aquella «psicología profunda» que cabe considerar como seria,

mas no puede constituir propósito ni misión de nuestra tarea el reseñarla de un modo que habría de resultar insuficiente. El estudiante de Medicina, el clínico joven, debe aprender a evitar, en primer término, aquellas faltas, descuidos o deslices más groseros y elementales y, que sin embargo, pueden obrar de un modo incalculablemente profundo sobre el paciente, y a establecer aquella sencilla y «vulgar» relación de confianza con el paciente que, por otra parte, no ha sido, como en ocasiones se lee, conmocionada y perturbada por la orientación materialista y naturalista de la ciencia de curar, sino precisamente por una tendencia de ésta hacia el establecimiento de «concepciones del mundo».

Así, pues, hoy resulta doblemente recomendable un retorno al terreno de los hechos sencillamente antropológicos y una vuelta por parte del médico al «ethos» del samaritano en el Evangelio de San Lucas: *al deber de considerar a todo necesitado de auxilio, a todo precisado de salud, como a un hermano, y al de proporcionarle una ayuda eficaz y práctica. Para que esto último se realice se debe saber asimismo cómo ha de ser establecido el contacto psicológico con este hermano, con el fin de no ocasionarle más daño que bien. Y el hacer más asequible a los futuros médicos los elementos de este saber y de este obrar constituye precisamente la misión central y, en todo caso, la más urgente de esta «Psicología Clínica».*

¿Hará ella posible que se cumplan las palabras de Goethe *y «que llegue a existir un ser naciente, en desarrollo, siempre agradecido»?*

¡Mantengamos esta esperanza!

W. Hellpach.

Heildelberg.

CONTENIDO

PROLOGO DE LA SEGUNDA EDICION ALEMANA. 7

I.—OBJETIVOS Y MISION DE LA PSICOLOGIA CLINICA. 17

1. Objetivos de la Psicología Clínica 17
2. Circunstancias y manifestaciones psíquicas en el enfermo 24
3. Cómo logra conocerlas el médico 25
   a) *Vegetativas, mímico-gesticulatorias, verbales y activas o ejecutivas* 26
   b) *Modo de captar estas manifestaciones* ... 28
      I. Adivinar instintivo 28
      II. Ley ideorreal o Efecto de Carpenter 29
      III. Intuición subjetiva 30
      IV. Observación objetiva 30
      V. Conocimiento racional 31
      VI. Comprensión sintética 31
   c) *Modos individualmente electivos* 31
4. Toda enfermedad puede alterar la expresión de lo psíquico 34

II.—ANAMNESIS Y EXPLORACION **42**

5. Diálogo anamnésico 42
   a) *Anamnesis sobre expedientes* 42
   b) *Anamnesis sobre otros documentos* ... 43
   c) *Anamnesis mediante interrogatorios a terceros* 44
6. Interpretación del paciente 56
   a) *Dimorfismo de los sexos* 58
   b) *La psicoontogenética* 60
   c) *Clases sociales* 63
7. Relación de causalidad 70
8. Anamnesis genealógica 73
9. Exploración del enfermo 75

III.—DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO **82**

10. Establecimiento del diagnóstico 82
11. «Logos» y «Ethos» del médico 85
12. Pronóstico 89
13. Autoeducación y Autocontrol del médico al pronosticar 95

IV.—TERAPEUTICA Y PROFILAXIS **99**

14. Cambio de papeles psicológico y psicagógico 99
15. Control del tratamiento 108
16. Terapéutica dolorosa 109
17. Patrañas y charlatanismo 111
18. Orientación racional de la Terapéutica 114
19. Asesoramiento profiláctico de los enfermos 117
20. Profilaxis de las complicaciones 119

V.—CONCIENCIA DE SALUD Y ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD **125**

21. Reacción del paciente a la enfermedad 125
22. Adecuación entre enfermo y enfermedad 129
23. Las fronteras de la psicopatoterapia 132
24. Relaciones o vinculaciones apócrifas 133
25. Nosomnesis 137
26. Conciencia de salud 142
27. Reacción tardía del sistema nervioso 151
28. La edad crítica (menopausia e involución viril). 156
29. Enfermedad incurable, mas no mortal 161
30. Interpretación metafísica de la enfermedad 163

VI.—NOSOPSICOMAS ESPECIFICOS **168**

31. Concepto del psicoma 168
32. Los psicomas febriles 169
33. Los psicomas infecciosos o tóxicos 173
    a) *Formas agudas de los toxicopsicosicomas* 173
    b) *El psicoma tuberculoso* 176
    c) *El psicoma venéreo* 177
34. Los psicomas de intoxicación hormonal 183
    a) *Hipotireosis e Hipertireosis* 183
    b) *Obesidad y Delgadez* 186
    c) *Formas hormonógenas de Adiposidad y Magrez* 191
35. Psicomas metabólicos 194
    a) *Diabetes* 195
    b) *Gota* 199
    c) *Trastornos de la función biliar* 202
36. Farmacopsicomas 205
    a) *Alcoholismo crónico* 206
    b) *Acción de la morfina, del café y del té.* 211
    c) *Los vicios modernos* 216
    d) *La hipnoticomanía* 218
    e) *La intoxicación mercurial* 221
    f) *La narcosis* 223

    El psicoma erótico 224
37. Anomalías mecánicas 228
    a) *Las mutilaciones* 228
    b) *El psicoma conmocional* 230
    c) *Los obstáculos circulatorios* 235
38 El psicoma destitucional 239

VII.—PSICOMAS HABITUALES Y COTIDIANOS QUE POSEEN INTERES CLINICO 250

39. La conducta cotidiana 250
40. La fatiga normal 250
41. El geo-psicoma 255
a) *Las neurosis climáticas* 255
b) *Aclimatación* 257
c) *Influencia del terreno* 262
d) *Influencia del paisaje* 262
42. El beber y el comer 264
43. Los psicomas sociales colectivos 272
a) *El psicoma de matrimonio* 273
b) *Las «obligaciones» sociales* 284
c) *El actual psicoma colectivo o de masas.* 287

PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA

Por el Dr. Bernhard de Rudder

VIII.—PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA 295

1. Cuestiones generales 296
a) *La anamnesis* 296
b) *Exploración y diagnóstico* 299
c) *Tratamiento en clínicas* 303
Estancia sanatorial 303
Ambiente 304
Visitas 305
Hospitalismo 306
Actividades 307
Dolores 309
Laboratorio y encamamiento. 309
Médico y enfermera 310
2. Simulación y disimulación. Fijación e imitación ... 313
Causas 314
Sugestibilidad infantil 316
Psicoterapia 317
Fijación psíquica 317
Enuresis nocturna 318
El espasmo esofágico 321
Antecedentes alcohólicos 324
Técnica de la enfermera 324
3. Psicomas de la infancia 325
a) *Psicoma de las enfermedades generales.* 325
Raquitismo 326
Meningitis tuberculosa 327
Tifoidea 327
Eczema 328
Corea 328
Neumonías cruposas 329
Mongolismo 329
b) *Psicomas hormonales de la infancia* ... 330
Hipotiroidismo (mixedema) 331
Enanismo hipofisario 331
Enfermedad de Feer 331

Obesidad 332
Diabetes 333
c) *Farmacopsicomas en la infancia* 334
d) *Psicomas puramente funcionales en la infancia* 335
Epilepsia y estados epileptiformes 336
Estados convulsivos 337
Epileptoides vasomotrices 339
Pavor nocturno 340
Picnolepsia 341

POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL

Por el Dr. Wilhem Witte

IX.—POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL **345**

I. Líneas generales del proceder experimental ... 349
II. Los diversos métodos de exploración 355
1. *Investigación de la vida afectiva* ... 357
2. *El «test» de* Wartegg 359
3. *El «test» de* Rorschach 365
4. *Experimentos expresivos* 370
a) Posibilidades experimentales 371
b) Situaciones experimentales 373
5. *Situaciones de conflicto* 373
6. *Pruebas de emprendimiento* 375
7. *Pruebas y curvas de trabajo* 377
8. *Pruebas laborales* 381
9. *Examen de la capacidad de reacción* 384
10. *Pruebas de rendimiento* 387
11. *Tipología* 390

EPILOGO POR EL DOCTOR WILLY HELLPACH 400

Indice alfabético 405

I. OBJETIVOS Y MISION DE LA PSICOLOGIA CLINICA

Objeto de la *psicología clínica* son toda clase de comportamientos psíquicos en las enfermedades somáticas. La psicología clínica no se ocupa, por lo tanto, de enfermedades o desviaciones primordialmente psíquicas, es decir: de psicosis, psicopatías y psiconeurosis. A éstas se refiere la psicopatología, aparte de la psiquiatría propiamente dicha (o sea la ciencia que trata de la clínica y terapéutica de las enfermedades mentales), mas también, en parte, la «neuropatología», esto es, y dicho en otras palabras: la clínica de las enfermedades mentales y nerviosas.

La psicología clínica, por el contrario, interesa a todas las especialidades clínicas: al internista como al cirujano, al oftalmólogo como al dermatólogo, al pediatra como al ortopédico y al otorrinolaringólogo, al tocoginecólogo como al odontólogo y al radiólogo.

La clínica de las enfermedades nerviosas y mentales, en cambio, no tiene que ver con la psicología clínica sino en tanto se trate de pacientes psíquicamente sanos (por ejemplo. de sujetos normales sometidos a observación, de aquellos que por error han sido internados, de enfermos afectados por enfermedades nerviosas físicas) que eventualmente se hallen ingresados en establecimientos psiquiátricos. Así, por ejemplo, la reacción psíquica al ambiente del establecimiento psiquiátrico, que aparece en un detenido judicial que se halla sometido a observación, o en un sujeto que ha sido internado por error, se hallaría, en todo caso, en la frontera de los objetivos de estudio correspondientes a la psicología clínica, en cuanto constituyen cuestiones límites de la psicología clínica las referentes al «medio ambiente del establecimiento clínico» y su influencia sobre los sujetos sanos que entran en contacto con él, por ejemplo:

la ejercida sobre los allegados de los enfermos, ya que este sector de hechos se halla intimamente ligado con el correspondiente al efecto producido por el medio ambiente clínico, por la atmósfera del establecimiento (ya se trate de un manicomio, un asilo, un sanatorio o un balneario) sobre el enfermo, es decir, del llamado «hospitalismo».

Y ahora cabe plantear las siguientes preguntas: ¿es que para todo esto no basta con el habitual y corriente conocimiento de los hombres, con la experiencia práctica, con la preparación profesional médica, incluso con la «rutina» de ésta, con el saber puramente médico? ¿Por qué, entonces, resulta necesaria una pretendida «psicología» especial? Estas cuestiones requieren detenidas reflexión y respuesta, ya que en discusiones anteriores que giraban en torno a la implantación de la asignatura de Psicología científica dentro del plan de estudios médicos (ya en 1912, el psicólogo Oswald KÜLPE propugnaba su implantación como asignatura) han jugado, de hecho, importante papel, y su afirmación apresurada ha retrasado la adopción de útiles reformas.

Alguien, extremadamente escéptico, puede objetar: un apéndice se opera, un carcinoma se extirpa, un ulcus duodenal se trata dietéticamente; se protege el corazón contra los peligros que para él implica una neumonía; una fractura de fémur es susceptible de ser impecablemente curada; una sinusitis supurada también puede tratarse; un carcinoma de piel, irradiarse; una cistitis puede hacerse desaparecer de modo definitivo por medio de sulfamidas, etc., etc., sin que el médico que verifica los tratamientos tenga que ocuparse, ni científicamente, ni de cualquier otra manera, de la psique del paciente. Pero esta tesis constituye tan sólo aparentemente una verdad. Todo enfermo, por muy somática y muy localizada que sea su enfermedad, no sólo padece ésta, sino que se siente a sí mismo como enfermo (o como temeroso de la enfermedad). Lo más frecuente es que se sienta enfermo, no que «esté» enfermo, ya que difícilmente puede designarse como «enfermo», en un sentido de «totalidad», a un sujeto con una pequeña lesión corneal (debida, por ejemplo, al efecto de una chispa), con un cancroide cu-

táneo de comienzo o con un esguince del pie. En calidad de sujetos que se saben o sienten enfermos o temerosos de la enfermedad es como llegan al médico, en confiada disposición, para que éste los libre o los alivie, para que les aconseje acerca de su enfermedad.

Esta *actitud de confianza* representa el fundamento propiamente dicho de la relación enfermo-médico. Para asegurarla y mantenerla ha luchado precisamente el cuerpo médico alemán durante dos decenios y ha sostenido apasionados debates públicos con el fin de implantar la libre elección de médico por parte del paciente. La era nacional-socialista ha herido mortalmente esta primordial relación existente entre un enfermo y el médico a quien se confía, mediante la implantación de lo que, con infame eufemismo, se designa como «eutanasia», practicada en grupos enteros de enfermos correspondientes a diversas categorías y perpetrando la autorización para eliminar vidas «valorables como inferiores e indignas de existencia». Curar esta infecta herida constituye una urgente exigencia que ha de ser tenida en cuenta con vistas a la próxima labor educativa de los futuros médicos.

La mencionada relación entre enfermo y médico, basada en la confianza del primero con respecto al segundo es, ante todo, de índole *moral*, y como tal hace entrar inmediatamente en juego una parte «psíquica» del enfermo «físico», ya que no siempre, pero sí en casos y situaciones muy esenciales, es únicamente gracias a esta confianza cómo el médico puede lograr lo que desea con respecto al enfermo, o lo que debe conocer acerca de éste para enjuiciar correctamente la enfermedad desde los puntos de vista del diagnóstico, del pronóstico, de la terapéutica y de la futura profilaxis. En caso contrario, permanecerán ocultos, enmascarados o deformados, importantes hechos de índole anamnéstica, constitucional o ambiental.

Tan sólo sobre la base de dicha confianza resulta posible ejercer sobre el enfermo una suficiente influencia psicoterapéutica, lo cual puede ser de desear, e incluso resultar imprescindible, en las enfermedades somáticas, con vistas a mantener, en general, una voluntad de curación, especialmente durante

el período de convalecencia. Mas también con respecto a múltiples síntomas y síndromes aislados, de apariencia puramente somática, pero que, sin embargo, se hallan psíquicamente condicionados, determinados, desencadenados o, al menos, agudizados, resulta frecuentemente útil, cuando no imprescindible, ya que existen multitud de manifestaciones morbosas que, a pesar de ofrecer un aspecto puramente somático, obedecen a motivos psíquicos concomitantes, o a circunstancias, intensificaciones o agravaciones de índole psíquica, lo cual se advierte en cuanto se las observa atentamente y con rigor, y que, por tanto, no pueden hacerse desaparecer sin tener en cuenta la intervención psicoterapéutica sobre esta participación psíquica. También puede depender mucho de la disposición psíquica fundamental, del estado esperanzado del ánimo, de la voluntad de rendimiento, de la confianza en sí mismo, el general retorno a la lozanía y a la actividad.

Así, pues, una serie de factores de índole

etopsíquica (relación de confianza),
psicognóstica (comprensión del enfermo),
psicagógica (guía y orientación psíquicas del enfermo)
y *psicofísica* (psicogénesis de los componentes físicos de la enfermedad)

exigen del buen médico que preste atención a la psique del enfermo, aun cuando éste aparezca como exclusivamente orgánico. Dicha necesidad de atender a lo psíquico variará, naturalmente, según los casos, en cuanto a utilidad y urgencia.

El vulgar y corriente conocimiento psicológico que, en virtud de su exclusiva experiencia personal, pueda aportar o haya logrado acumular el médico, no basta sino hasta cierto punto. Desde hace varios decenios (los suficientes para abarcar un par de generaciones) dicho punto se ha desplazado considerablemente en el sentido de una preponderancia cada vez mayor de dicha «psicología» vulgar y corriente. El conocimiento del hombre que se basa en esta última depende, en primer lugar, de ciertas dotes personales (de un *charisma*), de una aptitud de la que no goza, ni mucho menos, todo el mundo, y que a su

vez implica, por otra parte, excelentes aptitudes para la profesión médica; no debe creerse, por tanto, que se dispone de ella sin más, y la experiencia demuestra que carecen de ella muchos médicos que poseen un certero «ojo clínico» fisiodiagnóstico, profundos conocimientos acerca de las enfermedades y su terapéutica y una elevada habilidad técnica para realizar tratamientos.

Cierto es que, por otra parte, es susceptible de ser perfeccionada mediante la experiencia, el ejercicio, la madurez; pero el grado de perfeccionamiento que puede ser así alcanzado es absolutamente incalculable (GOETHE); la experiencia nos muestra que, aun poniendo el médico por su parte cuanto le es posible, dicha posibilidad de perfeccionamiento permanece reducida a límites muy modestos. Lo que desde luego aparece como esencial es la creciente necesidad que siente el médico de fundamentar científicamente todos los sectores de su actividad profesional. Este avance general en el sentido de una *racionalización de la Medicina en todos los frentes* viene verificándose sin descanso desde hace un siglo.

Hace setenta y cinco años aun era posible establecer un plan dietético de manera puramente *empírica* e *intuitiva*; desde hace unos veinticinco años, difícilmente se comprometerá nadie a ello, sin contar con conocimientos acerca de la fisiología de la nutrición. La psiquiatría, y sobre todo la terapéutica psiquiátrica, ha obtenido indudables beneficios gracias a la sistematización científica; métodos tales como la hipnosis han llegado a adquirir un aspecto de auténtico procedimiento terapéutico gracias, sobre todo, a su estudio científico, aun cuando ya hacía mucho tiempo que existían hábiles hipnotizadores. Así, la *psicología científica* ha ido conquistando y ocupando un lugar cada vez más importante en todos aquellos sectores de la vida y de las actividades humanas que se hallan relacionados con la psique: la enseñanza, la cura de almas, la administración de justicia y la asistencia social, así como la orientación profesional, la selección del personal en las industrias, la dirección de empresas, incluso también en la propaganda comercial y en la formación de la opinión pública. Y este proceso

de racionalización, verificado a partir de un conocimiento meramente empírico-intuitivo, ha recibido un decisivo impulso debido a las especiales circunstancias de nuestra época de masas, determinada por los avances técnicos en las comunicaciones y los transportes, y los cambios acaecidos en la estructura de los estratos sociales, características propias de nuestra actual civilización.

Cuando la vida se deslizaba dentro de círculos estrictamente delimitados, en los cuales cada cual conocía individualmente a los demás, o era capaz de juzgarlos de acuerdo con un tipo social determinado («el pequeño burgués», «el noble»), bastaba, desde luego, con un conocimiento del hombre, basado en el trato corriente y cotidiano de la vida en común, para desenvolverse en cualquier terreno de actividades, aun cuando este conocimiento se mostraba ya entonces, y con frecuencia, como insuficiente. Ahora, en cambio, cuando ante el maestro, el juez, el empleado administrativo, el médico, desfilan constante y rápidamente «caras nuevas», y tienen que establecerse a toda marcha juicios acerca de personas hasta entonces desconocidas, tan sólo un conocimiento firme de los típicos modos de conducta de categorías enteras de sujetos, acerca de las leyes que rigen las manifestaciones humanas, puede impedir un enjuiciamiento erróneo.

La sanidad pública (con su lucha contra las epidemias, su elevación del «standard» alimenticio, su asombrosa prolongación de la duración media de la vida) ha sido, es y permanecerá tan sólo posible si se halla basada sólidamente sobre el conocimiento científico de los fenómenos morbosos y de los genéticos, de los ligados a la prolongación y el acortamiento de la vida humana, de la profilaxis social, etc.

El mismo criterio rige, con valor cada vez mayor, con respecto a aquellos factores psíquicos que intervienen en dichos fenómenos. Sin un firme conocimiento de la psicología científica y de sus técnicas, sin aquella capacidad con que dicho conocimiento dota para aguzar la mirada y mantenerla vigilante frente a hechos que de otro modo pasarían desapercibidos o serían erróneamente interpretados, ni el médico frente al en-

fermo, ni la clínica en general, podrán desenvolverse en el futuro.

La distancia que existe entre la «psicología vulgar» y la científica no depende del empleo en esta última de un método determinado, por ejemplo: del experimental o estadístico, o del cálculo de correlaciones. Con razón dice el gran investigador de la cultura Jakob BURCKHARDT en sus «Consideraciones acerca de la Historia Universal» que si todo método es discutible y ninguno goza de validez general, también resulta desde luego posible hacer psicología científica sin contar con un laboratorio experimental o una oficina estadística, simplemente mediante una observación de los hombres realizada de modo cuidadoso y sometido a plan. Mas un estudio de este tipo deberá ser precisamente así: planificado, consecuente y lógico en su problemática (en su modo de plantear las cuestiones), en la crítica de soluciones halladas o supuestas, en la clasificación, ordenación, nomenclatura y sistemática.

La ciencia no debe tener jamás el carácter de lo eventual, lo ocasional, agotarse en meras ocurrencias (por brillantes que éstas sean), satisfacerse con «ideas». Las ocurrencias no constituyen aún comprensiones; las ideas no son conocimientos (sino, a lo sumo, gérmenes de conocimientos). Los dos pilares sobre los que se apoya toda ciencia se llaman sentido de la realidad y sentido de la exactitud. Sobre esta base es posible conseguir rendimientos valiosos con respecto al conocimiento, sea cual sea el método empleado.

También en psicología clínica resulta científico todo procedimiento que, empleado con arreglo a plan, descubra hechos, relaciones y leyes psíquicas y psicofísicas, y que ante cada resultado vea abrirse el interrogante de un nuevo problema: «*l'inspiration c'est travailler tous les jours*» (BAUDELAIRE).

La psicología clínica constituye una parte de aquella rama de la psicología general que es designada como psicología social. Se ocupa de una importante modalidad de relación interhumana: la existente entre médico y enfermo, es decir, de una forma psíquica de dicha relación que se designa como «dual». En ocasiones (por ejemplo, en consulta con otro médico) la in-

terordenación es «trial»; en la enseñanza clínica y, en general, en los centros de asistencia médica, la relación, por lo regular e inevitablemente, es, al menos en parte, múltiple.

La psicología clínica es psicología social realizada en unas circunstancias especiales, esto es: en la de padecer enfermedad el más importante de los partícipes individuales. Ya veremos más adelante cuán extraordinaria es la variedad de interrelaciones comunicativas de índole psíquica y de los efectos que a partir de éstas se desarrollan.

2 Las circunstancias psíquicas y las manifestaciones psíquicas concomitantes que acompañan, preceden o son consecutivas al hecho de estar enfermo, pueden ordenarse en los siguientes grupos principales:

I. *Reacción psíquica adecuada* a la enfermedad somática (por ejemplo: pérdida del interés por cuanto le rodea a uno durante un dolor intenso: dolor de muelas, neuralgia del trigémino, cólico nefrítico, o, también, el enfado a consecuencia de unas anginas que impiden realizar una excursión de placer; temor al cáncer durante los dolores de estómago, etc.).

II. *Afección psíquica específica a la causa morbosa*, la cual puede ser:

a) Específica con respecto a la enfermedad, etiológica (ejemplo: humor desproporcionadamente depresivo o asustadizo, o apatía al comienzo de una grippe, lo cual resulta con frecuencia patognomónico para ésta; estupor durante el tifus).

b) Específica con respecto al enfermo, y ésta a su vez puede ser de índole constitucional (por ejemplo: agitación psíquica, en lugar de estupor, en los motóricos).

O bien de índole individual (euforia gripal, que aparece en lugar de la depresión gripal en algunos pacientes).

III. *Reacción psíquica inadecuada* (incongruente) a la enfermedad somática. Ejemplo: tendencia en los sujetos con molestias gástricas a las acusaciones y sospechas dirigidas contra

el personal encargado de preparar los alimentos; complacencia en el propio dolor.

IV. *Relaciones apócrifas entre la enfermedad somática y la vivencia psíquica*:

a) Con primacía de lo psíquico. Ejemplo: la espera de algo placentero desencadena un acceso de jaqueca.

b) Con primacía de lo físico. Ejemplo: aumento de la productividad espiritual durante la embriaguez, la invalidez, los defectos físicos. El límite entre IV *b*) y III es frecuentemente difícil de trazar.

V. *Estados de ánimo y orientaciones del pensamiento durante la convalecencia.*

VI. *Nosomnesis*: actitud psíquica frente a una enfermedad padecida (a veces hace mucho tiempo), cuya importancia puede ser exagerada, aminorada, deficientemente enjuiciada.

3 *¿Cómo logra el médico el conocimiento de estos rasgos y características psíquicas de su paciente*? De la misma manera como se consigue, en general, penetrar en la vida interior de una criatura, ya sea humana o animal, es decir: a través de las manifestaciones de esta vida interior. No tenemos experiencia inmediata sino de las vivencias que surgen en nuestra propia vida interior; de lo que suceda en las demás personas no tenemos noticias sino por las manifestaciones somáticas que en ellas percibimos. Poseemos una elemental certeza de que dichas manifestaciones corresponden a una vida interior comparable a la nuestra, lo «sentimos» así; el animal mismo lo «siente» con respecto a otro animal. Estamos tan ciertos de que así acaece como de la realidad del mundo que nos rodea, certeza a la que no llegamos, desde luego, por un proceso de deducción lógica; mas siempre interviene un factor de incertidumbre cuando se trata de saber exactamente lo que sucede en el interior de los demás, y así ocurre con frecuencia que nos equi-

vocamos a este respecto, interpretando erróneamente las manifestaciones ajenas.

Un niño muy pequeño es ya capaz de sentir siempre de un modo «instintivo» (aproximadamente) de qué humor están los que le rodean: si su actitud es amistosa o indiferente, de enojo o de rechazo. Muchas personas aprenden más adelante a ocultar su interior y velar lo que en él sucede; el disimulo no juega ningún papel insignificante en las relaciones humanas. A las personas educadas se les exige precisamente dominio de sí mismas. Todo esto dificulta la correcta captación de la vida interior de los demás, para la cual se precisa, en medida creciente, de larga observación, de mucho comparar y deducir, si es que no se desea incurrir en graves equivocaciones interpretativas. Para el médico que comienza a cultivar psicología clínica resulta de importancia saber lo siguiente:

a) Diferenciamos cuatro categorías principales de manifestaciones de lo psíquico:

Las *vegetativas*.
Las *mímico-gesticulatorias*.
Las *verbales*.
Las *activas* o *ejecutivas*.

Las correspondientes al primer grupo son designadas en los libros de texto como «manifestaciones que acompañan a los afectos»; las segundas, como «movimientos expresivos»; las terceras, como «comunicaciones». En realidad, se mezclan grandemente unas con otras: el llanto puede considerarse como un movimiento expresivo en tanto supone un sollozar, y como fenómeno vegetativo en tanto se produce lagrimeo; a la expresión verbal se unen ininterrumpida e inseparablemente la mímica y la gesticulación. En una explosión de cólera se mezclan la expresión del rostro, los gestos y la acción (por ejemplo: golpear, escupir), los gritos y vociferaciones. Entre las manifestaciones vegetativas se cuentan sobre todo las vasomotrices (rubor, palidez, alteraciones del pulso, de la presión arterial, palpitaciones, extrasístoles y otras arritmias, sensaciones cutá-

neas de calor y frío, coloración rosada, pálida o lívida de la piel, etc.) y las secretorias: lágrimas, sudor (por ejemplo: los «sudores» de la angustia, las «manos sudorosas» de los que son presa de ansiedad), sequedad de boca por excesiva salivación, mirada brillante, ganas de orinar o de defecar, acidez de estómago, etc., y, por último, el tono en general, que se manifiesta por el estado de turgencia o sequedad de la piel, por la postura más o menos tensa o relajada, por el modo de andar, el de agarrar las cosas, el temblor, la «carne de gallina», el escalofrío, etcétera. Todos estos fenómenos son involuntarios, aun cuando algunos de ellos (como las lágrimas) pueden ser dominados mediante una voluntad educada; mas no todos son «inconscientes», es decir: de algunos de ellos nos damos cuenta y los sentimos en nosotros mismos (el rubor, las palpitaciones, las lágrimas, el sudor, las ganas de orinar); otros, en cambio, son imperceptibles para nosotros mismos: las oscilaciones finas del pulso y de la tensión arterial, la mayoría de los cambios en la secreción gástrica, muchas oscilaciones del tono. Designar como «inconsciente» a toda esta primera categoría de manifestaciones supone emplear dicho término de modo vago y poco científico. En un sentido auténtica y rigurosamente científico, tan sólo parte de estas manifestaciones vegetativas de lo psíquico es inconsciente.

A la segunda categoría corresponden la risa y el llanto, todos los «movimientos expresivos» propiamente dichos, los cuales son también originalmente involuntarios, pero pueden someterse ampliamente, e incluso siempre, a la influencia de la voluntad: de modo negativo, mediante represión o moderación (por lo que respecta al «dominarse»: durante el siglo antepasado era mucho más frecuente que hombres adultos llorasen por motivos mucho más nimios que los que en la actualidad originan el llanto); y de modo positivo, mediante una educación que los convierta en meros gestos. Sin embargo, una parte considerable de nuestra expresión general permanece involuntaria e inconsciente: en la expresión del rostro, la postura, el modo de andar, en la actitud al estar en pie o sentado, también

en la gesticulación afectiva, se revela en parte lo que acontece en la psique del sujeto, aun cuando éste pretenda ocultarlo.

La tercera categoría de manifestaciones: el lenguaje, es exclusiva del hombre. Puede considerarse como absolutamente consciente y voluntaria; a lo sumo es ocasionalmente involuntaria o inconsciente (o ambas cosas) en interjecciones inarticuladas y momentáneas. Su cualidad manifestante de la vida interior no depende sólo de los contenidos voluntarios inconscientes de la comunicación, sino también del modo de verificar ésta, el cual nos puede revelar el estado de ánimo. Así, a través de un contenido de la comunicación que puede ser quizá, de modo deliberado, parco e indiferente, advertimos, sin embargo, la excitación, la espera de algo, la «mala conciencia»; o bien un contenido muy adornado y prolijo puede delatar al vacío interior, la indiferencia, la frialdad, a través del ritmo del discurso, el titubeo al hablar, la tonalidad sorda o chillona de la voz, de ciertos movimientos que acompañan a la palabra, tales como carraspeo o tropiezos al hablar (tartamudeos, balbuceos, equivocaciones) o la melódica misma del lenguaje.

Y, por último, la cuarta categoría de manifestaciones: el «hacer» o «dejar de hacer» posee también importancia precisamente para el médico: la obediencia o desobediencia a las prescripciones, las ganas prematuras de actividad por parte del convaleciente, la disminución en los rendimientos profesionales en el periodo prodrómico de las enfermedades graves.

b) Frente a todos estos modos de manifestarse la vida interior de los demás existen diversas maneras de captar o comprender, mediante las cuales se reconocen, buscan, interpretan, deducen o, por lo menos, adivinan los acontecimientos psíquicos que se ocultan tras ellos. Podemos dividirlos en tres de índole más primitiva y tres de índole más diferenciada:

I. *Adivinar instintivo* (inmediato). Así puede calificarse aquella conducta que ya aparece en el animal y que permite a éste «olfatear» lo que acontece con respecto a otro animal: si éste ofrece un actitud amistosa, apetitiva, hostil, etc.

Este adivinar ofrece una cierta certidumbre (como sucede

con todas las actitudes instintivas) tan sólo dentro de un círculo muy limitado de seres de la misma especie o características (animales de presa y de rapiña; niños entre sí o con respecto a los parientes más próximos o las personas encargadas de su educación; entre compatriotas o sujetos pertenecientes a la misma condición social), y, aparte de dicho círculo, se convierte en algo sumamente inseguro. El «adivinar instintivo» propio del animal es tan sólo seguro dentro de un medio ambiente en el sentido de UEXKÜLL; puede, sin embargo, ser artificialmente ampliado fuera de los límites de éste por medio de la educación, de la domesticación, de la doma. En todo conocimiento acerca del hombre, por muy diferenciado y racionalizado que sea, se conserva un núcleo de este «adivinar instintivo». También al médico se le puede hacer patente, a través del rostro, el comportamiento y la actitud de su paciente, y al primer «golpe de vista», lo que aquél lleva dentro. Pero debe adoptar precauciones para no dejarse guiar jamás exclusivamente por la primera impresión, sino que ha de comprobar si es que ésta no le engaña o le informa de modo insuficiente.

II. El *dejarse conmover de un modo primario o elemental* por el estado de ánimo de otra persona y a causa del aspecto de sus manifestaciones es un hecho fundamental en todas las relaciones interhumanas, y se halla basado en la «ley ideorreal», que afirma que toda representación implica el impulso a ser realizada. De dicha ley forma parte el principio ideomotor, llamado también «efecto CARPENTER», según el cual la percepción de un movimiento evoca en el que lo observa un impulso a la realización de un movimiento idéntico. Sobre esto se halla basado el efecto «contagioso» de muchas formas de movimiento, tales como el bostezo, la risa, las danzas y marchas rítmicas, el apresuramiento (recuérdese también el pánico), más, asimismo, el conmoverse primariamente ante las vivas manifestaciones de agitaciones y estados de ánimo para los cuales no estábamos ya de antemano, y en absoluto, sintonizados (entusiasmo o furor en una asamblea, pánico en una multitud, etc.).

De este «contagio» de índole timopsíquica, es decir: verifi-

cado a partir de exaltaciones afectivas, conmociones anímicas y estados de humor, debe preservarse cuidadosamente todo aquel que por su profesión haya de juzgar a otras personas o influir sobre ellas, y, por tanto, todo aquel que se dedique a actividades psicognósticas o psicagógicas. Jamás debe abandonarse a él de un modo desprevenido e involuntario. Esto es válido por igual para el educador, el juez, el sacerdote y el médico.

El profesor que se deja arrastrar por la risa o la fatiga de sus discípulos, pierde autoridad. ¿Dónde iría a parar el médico que pretendiese sufrir los mismos dolores y angustias, idéntico desaliento que su paciente? Debe, por tanto, endurecerse, en el sentido de no dejarse arrollar en modo alguno por dichas emociones y estados de ánimo, ya que ello dificultaría o paralizaría en absoluto su misión terapéutica. Ello no quiere decir que deba cerrarse a toda emoción. La tendrá en cuenta, más o menos, según los casos, pero sin dejarse conmover por ella de un modo esencial. Esto se logra por medio de una cuidadosa dosificación de la

III. *Intuición subjetiva,* sin la cual no es realmente posible un conocimiento de la intimidad psíquica de los demás, y a la cual, sin embargo, es preciso poner freno para que no se deslice hacia una emoción demasiado primaria. Lo más eficaz para conseguir esto es el empleo de una

IV. *Observación objetiva,* la cual supone, si es que se desea que tenga la debida eficacia, un alto grado de calma y ecuanimidad, y, por tanto, un apartamiento de lo que suponga emoción subjetiva. Por medio de ella nos introducimos en el ámbito del conocimiento de los demás hombres, realizado con arreglo a un plan, y dejamos atrás cuanto suponga un adivinar o un dejarse emocionar, realizados de manera instintiva, impulsiva, intuitiva, es decir, irracionalmente. Dicho conocimiento metódico aprovecha, a lo sumo, algunos datos o pistas proporcionados de las mencionadas maneras, y tiende cada vez más a convertirse en un claro

V. *Conocimiento racional* y a fondo, sobre la base de un saber de índole general, es decir: de una comprensión científica de las vinculaciones y normas, de las causalidades y correlaciones, los géneros y las variedades psicofísicas. Tan sólo entonces, y mediante el empleo conjunto de un adivinar instintivo, una intuición subjetiva y una observación objetiva, y manteniéndose apartado de una coparticipación demasiado primaria, puede llegar a alcanzarse el más alto grado de perfección en el conocimiento de los demás hombres, una

VI. *Comprensión sintética* de la personalidad total (global) y de su situación general en un determinado momento. En esta última se imbrican sujeto y circunstancia. La comprensión sintética, aparte de ser necesaria para la exacta comprobación y valoración de los hechos aislados (síntomas), lo es también para lograr un enjuiciamiento y una solución de índole diagnóstica, pronóstica y terapéutica, para elegir el modo de curar.

c) Mas, también, al avanzar a través de las etapas representadas por los anteriores parágrafos (del IV al VI), todo aquel que se ocupa de estos problemas antropológicos deberá permanecer atento a un grupo de hechos, cuyo descuido traería como consecuencia una dificultad para alcanzar una justa y exacta comprensión sintética a través de la observación objetiva y del conocimiento racional, es decir: al principio referente a los modos individualmente electivos de manifestación.

La más vulgar experiencia nos muestra ya que la capacidad para manifestar la vida interior se distribuye o «localiza» de modo diverso según los distintos sujetos. Alguien es capaz de reír mucho y de buena gana; otro no es capaz sino, a lo sumo, de sonreír; hay gentes que lloran por el menor pretexto; otras, en cambio, raramente. Existen miradas muy expresivas, y otras, faltas de expresión; unas personas hablan sin apenas moverse, otras gesticulan vivamente y parecen hablar con todo el cuerpo. La actitud, el modo de caminar de un determinado sujeto, se nos imponen por sí solos; en los de otro, «no encontramos nada de particular». Todo ello se extiende, por una parte, al grupo de las manifestaciones vegetativas; por otra, al de la

capacidad de comunicación verbal. A un determinado sujeto, toda emoción le repercute en el vientre; a otro, en el corazón; la capacidad para ruborizarse es, como se sabe, muy diversa. Mientras que unos sienten necesidad de dar rienda suelta, de un modo vivaz y con frecuencia prolijo, a cuanto rebosa de su corazón, y hablan de ello con gusto y de un modo muy plástico, otros, en cambio, son parcos en palabras, y precisamente tanto más cuanto más intensas son sus emociones, e incluso cuando se hallan alegres o conmovidos se expresan con palabra torpe e insuficiente, y no raras veces de manera áspera y fría.

> Esto, por otra parte, no debe asombrarnos. Sería mucho más de asombrar que no sucediera así. Precisamente la experiencia médica nos demuestra que, también, por lo que respecta a la vulnerabilidad, resistencia, capacidad de rendimiento de los diversos órganos y sistemas funcionales existen grandes diferencias entre unos y otros sujetos: hay quien posee un corazón invulnerable hasta muy avanzada edad, incluso durante graves enfermedades, mientras que su estómago e intestino constituye *locis minoris resistentiae*; otro es capaz de comer y beber durante toda su vida cuanto le viene en gana sin experimentar el menor perjuicio; un sujeto posee «nervios de acero». mientras que otro, a pesar de tener músculos de atleta, es sensitivo como una mimosa. Del mismo modo que, por lo que a esto se refiere, han sido diferenciados tipos constitucionales, existen también tipos expresivos, y, aparte de todos los tipos, una multitud de diferencias individuales en ambos sentidos, tanto en el constitucional como en el expresivo.

En resumen, la vida interior, la «psique», se manifiesta de modo muy diverso según los distintos sujetos, debido a la variedad de sectores somáticos de expresión. En ocasiones predominan la mirada y el juego mímico del rostro; otras veces, el modo de andar y la postura; otras, la manera de hablar o la letra. Existen tipos de letra expresivos y otros inexpresivos, que «no dicen nada», y aquel que se empeña en deducir de esto todo género de cosas, dotes, cualidades temperamentales y rasgos de carácter, incurrirá en errores grafológicos. La letra puede no ser entonces, precisamente, el principal campo expresivo, y en dicha persona lo pueden ser la voz, el modo de ha-

blar, la marcha, la gesticulación, los ojos, y el analista pierde en vano el tiempo o yerra al interpretar una letra de la cual no se puede sacar nada.

> Es propio del carácter todavía semicientífico de estos esfuezos y pretensiones grafológicas el que no quieran ver un hecho tan natural y evidente y que deseen leer en toda clase de letra absolutamente todo. Sucede aquí exactamente igual que cuando un profesor de deportes o un oficial exige que todo corazón rinda cualquier género de esfuerzo, o si se esperara que todo estómago tolerase todo género de alimentación.
>
> La letra es considerada precisamente como algo semimístico, que se hallase exceptuado de las leyes que rigen para toda la Naturaleza y que sería capaz de revelar, no solamente dotes ocultas y el carácter más recóndito, sino, incluso, también el «pasado» y el «futuro» del sujeto que la escribió; únicamente cuando la grafología se despoje y aleje de sí los últimos restos de este disfraz falsamente misterioso y reconozca sus propios límites psicognósticos será digna de ser considerada como una rama científica de la psicognómica.

Un cierto aspecto reversivo del principio de los campos de expresión predilecta estriba en que también existen diferencias entre los observadores en cuanto al modo de captar lo psíquico: uno se guiará para ello más bien por el tono de voz del paciente; otro, por la mirada o el juego mímico; existen algunos que gozan desde su juventud de aptitudes grafognósticas. Todo esto ha de ser tenido en cuenta en la práctica del enjuiciamiento psíquico de los hombres, ya que repercute sobre el adivinar instintivo y la observación objetiva. Los errores de ello resultantes pueden compensarse hasta cierto punto, mas rara vez del todo, mediante una profundización en el conocimiento científico.

Todas las ramas de la psicognóstica son susceptibles de ser aprendidas, dentro de ciertos límites, y una de las misiones de la psicología clínica es procurar que así suceda. Mas no porque así sea disminuye la importancia de aquella aptitud y aquellas dotes propias del observador. Sucede aquí lo mismo que para cualquier otra profesión: mientras que unos poseen una aptitud innata, otros se ven obligados a lograr trabajosamente la

preparación necesaria. También estos últimos pueden llegar a alcanzar maestría, si se aplican con tesón. Y cuanto más científicamente sea practicada la psicología, tanto mayor será la probabilidad de obtener resultados firmes y seguros y de que aquel que al comienzo poseía una menor aptitud para juzgar «al primer golpe de vista» supere su deficiencia y logre, mediante una observación cuidadosa y una penetración científica a fondo, igualar al menos, o superar incluso, a aquellos que tan sólo se guían por su pretendida e infalible «primera impresión».

4 Toda enfermedad puede alterar asimismo el modo de expresarse lo psíquico, ya sea en cuanto a intensidad y extensión (es decir: en cuanto a grado y productividad, comprendida en esta última espacial y temporalmente, y, por tanto, abarcando la fugacidad y la persistencia), ya en cuanto a calidad y localización. Aquí hemos de diferenciar también modos voluntarios e involuntarios de manifestación.

Ejemplo: Una aminoración en intensidad del modo de manifestación voluntario nos la encontramos cuando alguien, a quien sabemos muy capaz de rendimientos, infatigable y nada achacoso en la vida cotidiana, se queja, lamenta, llora y grita sin poder dominarse en cuanto sufre unos dolores insignificantes. El cambio de humor a causa de un dolor, que es en sí perfectamente adecuado, tiene aquí una expresión *inadecuada*, que no debe ser confundida con la inadecuación psíquica de la vivencia. El hacerse extraer piezas dentarias no es ninguna diversión; pero cuando un sujeto chilla y grita excesivamente con tal motivo, le juzgamos como falto de autodominio y de capacidad de aguante.

Exageraciones en la persistencia temporal de la manifestación de un dolor, las encontramos muy frecuentemente en los niños cuando éstos no se tranquilizan y continúan llorando largo rato después de haberse dado un golpe o de haberse producido un «chichón» o alguna pequeña herida. Intensificaciones (amplificaciones) en cuanto a la extensión espacial surgen muchas veces durante los estados febriles (intranquilidad motora generalizada); cuando alcanzan cierto grado pueden re-

presentar un signo muy ominoso (por ejemplo: querer saltar de la cama, la interpretación delirante de las manchas de la pared). A veces resulta difícil distinguir la cualidad y la diferenciación, así cuando un sujeto gravemente agotado es incapaz de llorar aun siendo presa de un profundo sufrimiento, como lo hubiera hecho cuando estaba sano, sino que palidece y comienza a temblar, si se trata de un desplazamiento en cuanto a la clase y localización de su manifestación del dolor.

Las modalidades de nuestras formas de manifestación se hallan vinculadas precisamente a diversos campos expresivos del organismo, se hallan localizadas: lloramos con los ojos, nuestras mejillas se ruborizan y palidecen, fruncimos la frente, nuestras manos tiemblan, ciertas manifestaciones de ansiedad o espera repercuten en el riñón (deseos de orinar) o en el intestino grueso (deseos de defecar), etc. Sin embargo, conocemos también variaciones cualitativas, sin que varíe la localización; así, por ejemplo, cuando sujetos hiponutridos, cloróticos o fatigados palidecen en lugar de ruborizarse (tinte ceniciento, ojeras) o cuando al temblor de los miembros se une, por lo general, la «carne de gallina» y terror o, por el contrario, se mantiene la manera de realizarse la manifestación, pero la localización varía. Así sucede en el llanto, que no va acompañado apenas por flujo de lágrimas, pero sí por un aumento en la actividad de determinados grupos musculares (sollozos, suspiros), en el rubor localizado en nuca y pecho en lugar de en las mejillas, en el sudar a través de las palmas de las manos en lugar de por la frente (apocados, tímidos, etc.).

Sin embargo, y a pesar de todos nuestros deseos de diferenciarlas estrictamente, no existe un límite bien marcado entre las manifestaciones psíquicas dependientes de la voluntad y las que no lo son. La educación, el ejemplo ofrecido por el medio ambiente, el hábito, el dominio de sí mismo, logran someter a la voluntad, la cual los atenúa o los reprime, incluso «complejos» de manifestaciones que habitualmente designamos como involuntarias. Así, por ejemplo, hace siglo y medio lloraban en ocasiones más frecuentes y por pretextos más nimios hombres pertenecientes a clases sociales en las cuales ahora es más raro dicho fenómeno, el cual, con el transcurso del tiempo, fué considerándose como poco viril.

En los procesos de autocontrol entra con frecuencia en ac-

ción el principio de la «concatenación motora»: la represión de las manifestaciones más llamativas de miedo o ansiedad (huída, sobrecogimiento, titubeo, gritos) trae consigo un apagamiento paulatino de aquellas que son menos llamativas (temblor, voz quebrada, expresión angustiosa del rostro, palidez). Esto es capaz de modelar el propio estado afectivo ansioso; aquí se demuestra el grado de razón y de justeza que posee la llamada «paradoja de JAMES y LANGE»: «no lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos»; el «keep smiling» de los anglosajones, en tanto impone un rechazo y represión de las manifestaciones de desagrado, enseña a mostrarse con paciencia y amabilidad indulgentes, a enseñorearse de los eventuales cambios de humor. A pesar de ello, muchas y muy importantes manifestaciones correspondientes a la esfera del sistema vegetativo permanecen fuera de la acción de la voluntad, e incluso pueden ser acrecentadas por la tentativa de reprimirlas, operando en este sentido el hecho de pensar en ellas. Así sucede con el rubor, el sudor de manos, el tartamudear y la ronquera; con algunos movimientos torpes debidos al azoramiento; con los tropiezos al hablar y, también, con los deseos repetidos de orinar. Estos últimos se acrecientan cuando la voluntad cede y los complace; mas, sin embargo, y por el contrario, son ampliamente accesibles al dominio voluntario, como se demuestra por el hecho de poder desacostumbrar a los niños a orinarse en el lecho y sobre los propios vestidos, y la posibilidad de enseñar la limpieza, incluso, a los perros caseros.

La enfermedad, de cualquier género que ésta sea, puede debilitar el dominio logrado por la voluntad sobre tales modos de manifestarse el psiquismo: gemidos, ayes y suspiros innecesarios, inquietud motriz irrefrenable, toses, carraspeos, cambios de postura, retorcerse o revolcarse. El hecho de perder el control sobre la vejiga o el recto es considerado como un signo muy ominoso de debilitamiento de la vitalidad y de la voluntad de vivir.

Como ya hemos comprobado, las manifestaciones verbales son exclusivas del hombre, mientras que el organismo de éste

comparte con los animales morfológicamente próximos a él, y en parte con todos los demás animales, los otros modos de manifestación (motrices, vasomotoras, secretorias, emisión de sonidos, ósmicas). Lenguaje es el empleo de construcciones de sonidos que se usan para la designación o denominación de seres, cosas, propiedades, fenómenos, actividades, relaciones, y que guardan siempre el mismo sentido. Ningún animal es capaz de hablar, y no cabe emplear el término «lenguaje» para calificar la producción de sonidos en algunas de las especies más elevadas (por ejemplo, en los pájaros). Estos últimos pueden exteriorizar sus estados, sus deseos instintivos, sus afectos, por medio de sonidos que siempre significan lo mismo, pero son incapaces de poner un nombre a nada (incluso si se hallan domesticados por el hombre). No pueden cantar, trinar o gritar lo que quisieran comer, ni designar a su pareja con un nombre. El lenguaje humano no solamente es capaz de todo esto, sino que le son posibles tanto los grados inferiores del desarrollo de la comunicación mediante sonidos como los grados superiores de la misma. Esto es lo que hace que su función sea específica.

Saville, un explorador, comprobó en una tribu de Nueva Guinea la existencia de 117 denominaciones para clases distintas de árboles, así como para 191 especies de peces y para 69 animales comestibles provistos de cáscara (¡que se intentasen lograr las mismas cifras en europeos con instrucción escolar!). En muchos idiomas de los pueblos más primitivos se designan con nombres especiales los más finos grados de parentesco; por ejemplo: el cuñado es denominado de distinto modo cuando se trata del hermano de la esposa que cuando es el marido de la hermana; el tío, cuando es hermano de la madre y cuando lo es del padre (como es sabido, sucede igual en latín). El abuelo y la abuela, cuando son padres del padre, y cuando son padres de la madre se llaman con apelativos diferentes. También los dialectos aldeanos, allí donde su uso continúa ininterrumpidamente, como sucede en Suiza, son muy ricos en denominaciones: en una localidad del Emmental fueron contados hasta 260 nombres cariñosos para designar a un niño.

En los pasados siglos cada tienda, e incluso cada casa, poseía en nuestras sociedades su nombre propio («A la Rosa»,

«Al Oso»). Tan sólo más tarde se multiplican y proliferan las palabras para designar relaciones abstractas (verbos auxiliares, preposiciones, adverbios, etc.). Con ello la proporción se altera en perjuicio de los sustantivos, pero no es que éstos disminuyan en número absoluto, ya que en determinados sectores de vivencias y en diversos grupos de designaciones continúa aumentando su cantidad frente al empobrecimiento en nombres propios (recuérdese el sinnúmero de apellidos comunes a muchas familias, tales como Pérez, López, etc.).

Hay un enriquecimiento en ciertas denominaciones; por ejemplo, en las de colores, las cuales se hacen cada vez más diferenciadas y precisas, mientras que anteriormente (en alemán) coincidían el sentido de las palabras «blanco», «claro», «amarillo» e incluso «verdoso», y el «azul» coincidía con obscuro o negruzco. Lo mismo sucede con los nombres de las enfermedades. Muchas de éstas, que incluso el público profano diferencia hoy por sus nombres, se alineaban hace apenas un siglo bajo la común denominación de «fiebres» (con calificativos tan poco esenciales como «perniciosa», «fría», «nerviosa», «ardiente») o «consunción» (en los más cultos se hablaba de marasmo), ataque de nervios (apoplejía nerviosa), hipocondría, etc. Incluso se han popularizado denominaciones científicas (paratifus, sarcoma, tuberculosis, etc.). Esto es importante desde el punto de vista psicológico clínico como aumento de las posibilidades de manifestación verbal acerca de la propia enfermedad y sus perspectivas; no rara vez las palabras nuevas traen consigo nuevos complejos de representaciones esperanzadoras o angustiosas.

Corresponde a uno de los más importantes rasgos de la adopción de una actitud frente a la enfermedad por parte del enfermo, y en ocasiones puede tener muchas consecuencias en el orden de lo psíquico, el manifestarse (o el no poder manifestarse) verbalmente acerca del propio mal. Con respecto a esto pueden distinguirse dos clases principales de pacientes: los que se hallan dispuestos a hablar de su sufrimiento y los que no se hallan dispuestos a hablar acerca del mismo. Dichas dos categorías no coinciden, respectivamente, con las de «sujetos taciturnos» y «sujetos comunicativos», es decir: los pacientes que pertenecen a cada una de las categorías primeramente citadas pueden ser, indistintamente, comunicativos o no, en general.

Existe un considerable número de personas que adoptan frente a la enfermedad actitudes distintas del sufrimiento psíquico, esto es: actitudes que no se reducen tan sólo a éste, sino que aparecen como modalidades que podrían designarse como «específicas» del «sentirse enfermo» y que con frecuencia no corresponden a aquellas que serían de esperar teniendo en cuenta el temperamento habitual de dichas personas. No es nada raro que sujetos «sanguíneos», que en su vida normal son charlatanes, soporten su enfermedad, por grave que sea, sin quejas y sin concederla demasiada importancia, y conocemos sujetos tranquilos y silenciosos, poco comunicativos, que hablan por los codos en cuanto se hallan algo indispuestos y, sobre todo, en cuanto alguien se interesa por dicha indisposición. Muy conocido es el tipo del «neurasténico», que incesantemente refunfuña y critica todo, que se sale de sus casillas y se exaspera a la menor cosa que no marcha con arreglo a sus deseos, y que se torna sosegado, firme y lleno de confianza en sí mismo en cuanto surge algo que supone para él una dificultad o un peligro real, una gran responsabilidad, una dura exigencia. Soporta quizá estoicamente una muy grave intervención (a causa de un tumor maligno o una operación de urgencia, como puede ser la amputación de un miembro), y permanece firme y valeroso mientras le son practicadas las más dolorosas manipulaciones. Mas en cuanto ha transcurrido lo más duro y entra en la convalecencia, vuelve a surgir la anterior personalidad, irritable y quisquillosa, capaz de molestarse por la causa más nimia (por ejemplo: a causa de una comida que no gusta, de una visita no deseada, de una pregunta no realizada con la suficiente precaución por parte del médico o de la enfermera), y de nuevo comienza a molestar con chinchorrerías a cuantos le rodean, y en primer lugar a sus allegados. Todo médico experimentado, en especial si se trata de un neuropsiquiatra, conoce esos clientes «crónicos» que se dejan caer por su consulta para referir un sinfín de minuciosidades relacionadas con su estado físico, que siempre se «olvidan de algún dato importante» relacionado con la anamnesis, que repiten infatigablemente, desmenuzando todos sus síntomas, que marean al médico a

fuerza de preguntas; pero que se retraen como el caracol en su concha en cuanto se intenta desentrañar el padecimiento psíquico que pudiera hallarse en la raíz de sus padecimientos físicos. Para hacer hablar de ello a dichos sujetos se requieren especiales dotes anamnésticas, y a veces fracasan también éstas. Otros sujetos, que en la vida corriente son enérgicos, duros, que incluso en ocasiones pueden parecer brutales, que exigen a los que les rodean una capacidad de resistencia y de rendimiento inagotables, y que a lo mejor califican de «figuraciones» las enfermedades de los demás, se tornan quejumbrosos, hipocondríacos, cobardes, «lo ven todo negro» en cuanto les asalta la menor enfermedad.

En resumen: entre el modo de comportarse, sobre todo verbalmente, durante la salud y en la vida cotidiana, durante el dolor moral (tristezas, desengaños, provocaciones, pérdidas, fracasos, esperanzas fallidas, etc.) y durante la auténtica enfermedad, no existe una línea de continuidad, sino que, con frecuencia, ésta se quiebra o pierde de manera sorprendente, y el sujeto aparece entonces como absolutamente distinto. El *enfermo no es tan sólo un sano al que le falta algo*; lo que más bien sucede es que se han dislocado las proporciones existentes, en general, entre lo somático y lo psíquico, y en especial, entre esto último y sus manifestaciones, así como, finalmente, entre los diversos territorios de la vida interior; así, por ejemplo: entre la percepción sensorial y la reacción emotiva o la elaboración de aquélla según el estado de ánimo, entre concepción de la realidad y representación fantástica, entre recuerdo y juicio. A veces es como si se hubiesen desfigurado, caricaturizado. De esto depende el hecho de que muy rara vez sea el más próximo allegado o conocido el mejor médico en estos casos, ya que continuará dando por válido aquello a que se hallaba habituado durante los días de normalidad, y esto resulta precisamente lo equivocado. La persona que nos es más próxima y conocida resulta a veces, y cuando se convierte para nosotros en un paciente, completamente incomprensible, insoportable, no la reconocemos como la misma de antes, a lo mejor no nos dirige la palabra, nos parece extraña, nuestro habitual modo de

hablar con ella se revela como ineficaz, e incluso como contraproducente. Puede suceder también (y de hecho sucede así en muchas ocasiones) que confía a un extraño, y al cuarto de hora de haberlo conocido, lo que nosotros, sus próximos allegados, hemos intentado en vano preguntarle durante días o semanas enteras.

II.—ANAMNESIS Y EXPLORACION

Las cuestiones que acabamos de tratar corresponden a un fundamental círculo de problemas de la psicología clínica, esto es: al del

5 *Diálogo anamnéstico*, con el cual, y según una fórmula muy habitual de la enseñanza clínica, debe comenzar el tratamiento de todo enfermo. Esta «regla» es ya de por sí una fuente de errores. Existen muchos e importantes casos en los cuales es necesario, precisamente desde el punto de vista terapéutico, no verificar la anamnesis al comienzo de la relación entre médico y enfermo, sino demorarla, «fraccionarla» (esto es: realizarla, no de una vez, sino dividida en diversos momentos separados por intervalos), o al menos evitarla como diálogo, o limitarla a lo imprescindible (preguntar: ¿Dónde duele?, ¿Desde cuándo?, ¿En qué día, a qué hora comenzó la sensación de malestar, el mareo, la hemorragia, la falta de apetito?).

Las *anamnesis* no pueden ser tan sólo logradas en forma de diálogo, de interrogatorio. El técnico en accidentes sabe que a partir de documentos o de actas y de expedientes puede enterarse de muchas cosas que el paciente jamás le revelaría; la investigación de los expedientes secretos personales que pudimos conseguir en el año 1917 en el «Hospital de Oficiales». de Heidelberg, nos ayudó a poner en claro la anamnesis general de ciertos casos y con ello su etiología y patogenias. Ya que la psicología clínica ha logrado siempre obtener datos y conocimientos a partir de este tipo de anamnesis no basadas en el diálogo, daremos una breve ojeada al método:

a) La anamnesis, realizada a partir de expedientes o actas, deja con frecuencia mucho que desear desde el punto de vista del conocimiento crítico de las fuentes, que, como es sabido,

constituye un principio fundamental en las ciencias del espíritu, principio que no es tomado en cuenta por muchos de los que se dedican a las ciencias experimentales, aunque se trate de peritos. Sin embargo, cada hoja de un expediente debe ser examinada y valorada con sentido crítico antes de ser aceptada como fuente de conocimiento. La confianza que merece lo que en ella se halla consignado depende:

1.° Del redactor que la escribió.
2.° De la situación temporal, del momento en que fué redactada.
3.° De la constelación de hechos en la que se sitúan sus datos.
4.° De la exactitud y minuciosidad de su exposición; y
5.° Del estilo, especialmente en la reproducción de declaraciones.

La lectura inteligente de actas es, en este sentido, un verdadero arte que exige mucha labor y requiere experiencia.

En el tercero de los cinco puntos antes expuestos hay que tener especialmente en cuenta las lagunas temporales que puedan existir; el matiz de un acta o expediente puede variar en pro o en contra, según que se consideren o no determinados hechos de los en él o ella expuestos, según que se les otorgue valor o no. Y ciertos datos que resultan psicológicamente esenciales no son jamás consignados en los expedientes; precisamente por este motivo las anamnesis que se realizan de modo exclusivo a base de actas o expedientes pueden conducir fácilmente a error.

b) Anamnesis a base de otros documentos, tales como cartas, correspondencia, diarios íntimos, recuerdos biográficos, producciones literarias (ensayos, poemas, escritos o testamentos filosóficos) pueden proporcionar datos importantes, mas no debe jamás olvidarse que representan constantemente testimonios no directos, en los cuales el autor deforma o matiza consciente o inconscientemente sus vivencias. Con frecuencia se trata de escritos realizados con fines de propia justificación o defensa, mas rara vez autoacusatorios, y en ambos casos hay que considerarlos con cierta prevención. Esta se halla especialmente justificada cuando la fuente documental está constituída por cartas (desgraciadamente no contamos todavía con la suficiente investigación acerca de este importante tema).

Las cartas son con frecuencia exposiciones cargadas de parcialidad acerca de los propios propósitos, vivencias, concepciones, modo de conducta; cuanto más «artístico» sea su aspecto

desde el punto de vista del estilo literario, con tanta mayor cautela ha de ser examinada la confianza que merecen en cuanto a exposición de los hechos; ciertos elegantes escritores epistolares son auténticos literatos; sus cartas son pequeñas novelas, cuyo contenido de autenticidad es sumamente dudoso. Esto es también aplicable, con tanto mayor motivo, a aquellas cartas en las que se refieren los antecedentes de una enfermedad. Los histéricos e histeroides suelen ser brillantes escritores epistolares que pueden llegar incluso a engañar al más experto.

El peritaje grafológico puede prestar frecuentemente servicios de interés esencial por lo que se refiere a documentos manuscritos de toda índole. Hemos de advertir, sin embargo, acerca de los peligros que supone el diletantismo en este sentido. La auténtica «grafognosia» es algo muy difícil y jamás debe fundarse exclusivamente sobre ella un enjuiciamiento psicológico. Ciertas enfermedades, especialmente las crónicas, hacen cambiar la letra de un modo patognomónico, acerca de lo cual poseemos algunos conocimientos aún no satisfactorios. Asimismo, la reacción psíquica al padecimiento somático (ya sea adecuada o inadecuada) puede ocasionar cambios en la letra, expresarse a través de los rasgos de la escritura. La grafopatología constituye todavía un campo de conocimiento por cultivar, mas que promete una considerable cosecha, la cual ha de proporcionar también beneficios a la psicología clínica.

c) La anamnesis, mediante interrogatorios de terceros, puede resultar imprescindible para el médico como fuente de datos aclaratorios acerca del paciente. Es ineludiblemente necesaria (junto con la exploración) en las enfermedades infantiles acaecidas antes de que el niño haya aprendido a hablar. Tampoco se puede prescindir de ella, la mayoría de las veces más adelante, hasta que el niño es ya bastante crecido. No solamente niños, sino también muchachos de hasta dieciséis años, se azoran fácilmente cuando se ven cara a cara con un médico desconocido, se tornan tímidos, incluso tercos y obstinados, no hay posibilidad de hacerles decir nada o casi nada que sea cierto o importante; no es nada raro que se las den de hombres, bagatelizando las cosas o, por el contrario, fanfarroneando de ellas. Sin embargo, cuando más azorado se siente un muchacho es cuando un tercero asiste a la entrevista con el médico, es decir, en presencia de éste y del padre, la madre o el tutor. El resultado del interrogatorio resulta entonces deficiente la mayoría de las veces, cuando no es origen de errores y

confusiones. El efecto de una consulta en presencia de un tercero puede resultar muchas veces contraproducente.

En el transcurso de mis veinte años de actividad como especialista en enfermedades nerviosas (1902-1922) he ido adoptando cada vez más la costumbre de interrogar primeramente, y a solas, a la madre, que aparecía por la consulta para acompañar a su hijo, y luego, durante el reconocimiento del niño, la impedía volver a hablar en presencia de éste acerca de los temas del diálogo sostenido anteriormente. A los síntomas (a veces insignificantes) que padece un niño vienen a unirse, en muchas ocasiones, como reacción inadecuada a la narración llena de lamentos que la madre refiere acerca del estado de su hijo, la producción de síndromes imaginados, una exagerada quejumbrosidad, la terca disimulación de molestias reales. Durante el reconocimiento, e incluso durante las consultas repetidas, es posible obtener, por el contrario, algún resultado positivo interrogando a niños. Estos ofrecen entonces, y espontáneamente, su confianza al médico que ha sabido ganarla, y a las virtudes del médico cuya madurez de experiencia es susceptible de ser acrecentada mediante un oportuno conocimiento acerca de la psicología clínica, corresponde saber esperar pacientemente este espontáneo fluir de la revelación anamnéstica.

Por lo que respecta al interrogatorio de terceros en lo que se refiere a pacientes adultos, hemos de decir que puede ser importante e incluso imprescindible; pero debe ser siempre conducido con tacto y reserva. Jamás debe el médico despojarse de su ética profesional al interrogar acerca de sus pacientes a terceras personas, pues, de lo contrario, cae fácilmente en complicaciones y habladurías por parte de parientes y de vecinos, con perjuicio para su propio prestigio entre la clientela, para su autoridad ante el paciente y, por último, es también perjudicial para el paciente mismo, ya que por este camino surgen todo género de exageraciones, desfiguraciones y calumnias. Una importancia especial, y casi diríamos específica, adquiere el interrogatorio de terceros en dos casos: los matrimonios desavenidos o problemáticos y las aberraciones sexuales (ciertas o sospechadas) de sujetos jóvenes, a las que estos últimos, o sus preocupados parientes, achacan ser la causa de enfermedades o, por lo menos, del aspecto enfermizo, de los malos rendimientos, etc. En ambos grupos de casos no puede prescindir el médico muchas veces, si es que quiere poner en claro la etiología, de interrogar a terceras personas, lo cual naturalmente debe ser realizado con mucho tacto y discreción. Esta última es muy esencial, ya que existen «terceros» que abren

las esclusas a todo género de suciedades en cuanto se les deja hablar acerca de estos temas: lo mejor es emplear preguntas muy precisas y preparadas de antemano y cortar enérgicamente toda tentativa de divagación.

El adolescente confía en ocasiones sus problemas íntimos, más bien que a los padres, a otro pariente o amigo de más edad que él; así es que éstos se hallan mejor informados que aquéllos acerca del particular.

Por lo que respecta a las crisis matrimoniales, es muchas veces válido el dicho popular de que cada uno de los cónyuges «arrima el ascua a su sardina», y así, si se quieren conocer con certeza y objetivamente los hechos, hay que apelar al interrogatorio de un tercero. Se requiere mucho tacto para interrogar a los hijos de tales matrimonios; si se consigue, es muy frecuente que se obtenga un enjuiciamiento muy claro y ponderado del verdadero estado de cosas. Los niños, en general, son observadores muy agudos y a los que no se puede engañar fácilmente. Se hará bien, sin embargo, la mayoría de las veces, en esperar su intervención espontánea y no procurar sonsacarlos, ya que muchos niños y muchachos jóvenes no se hallan en tales casos dispuestos a declarar, y hay que respetar esta decisión.

A pesar de todo, conserva su primacia la *anamnesis directa o inmediata*, el interrogatorio dialogado del enfermo por parte del médico, el establecimiento de los antecedentes a partir de los datos verbalmente proporcionados por el paciente. En la mayoría de los casos es ella la que proporciona los rasgos fundamentales, y la anamnesis indirecta (por ejemplo: el interrogatorio de los que rodean al enfermo) da únicamente datos complementarios y de valor secundario, detalles de relleno. Mas tampoco entonces debe ceñirse el médico actuante estricta y servilmente a un esquema escalonado:

anamnesis-exploración-diagnóstico-pronóstico-terapéutica,

que recuerda fatalmente el esquema de redacción con que han torturado durante decenios a sus alumnos los profesores de Gramática y que dividía los trabajos de redacción en: introducción, transición, parte principal, etc. Ya durante la exploración se revela como imprescindible la necesidad de exponer ciertos de-

talles de la terapéutica, aun antes de que sea posible establecer un pronóstico (el cual puede resultar con frecuencia y durante mucho tiempo incierto), y por otra parte, una considerable porción de una anamnesis hábilmente realizada deberá ser practicada durante la exploración. Esto es particularmente importante desde el punto de vista psicológico. El médico (que a veces es un Profesor de la Facultad), que en cuanto el paciente ha tomado asiento saca de su carpeta una hoja en blanco y comienza a anotar el nombre, apellidos, domicilio, edad (la cual de este modo no hay forma de conseguir de manera fidedigna en las mujeres), profesión, estado, a ser posible todas las enfermedades padecidas durante la infancia, fecha en que se contrajo matrimonio, número de hijos, y que a continuación pregunta con el mismo monótono matiz de voz acerca del comienzo del actual padecimiento, su clase, frecuencia y cuantía, a veces sin levantar los ojos del papel para conceder una mirada al paciente, no es ningún modelo de habilidad anamnéstica. Muy frecuentemente no conseguirá enterarse así de datos esenciales.

Es mucho más importante para el enfermo que se logre rápidamente la puesta en contacto con el médico, y esto debería constituir también uno de los principales objetivos del médico encargado de la misión de curar al enfermo. Para ello se precisa de un diálogo animado, durante el curso del cual, y como de pasada, se logren aquellos datos previos (nombre, profesión, edad, etc.), que se anotarán, sin otorgarles aparentemente excesiva importancia y sin dejar de hablar con el enfermo. De todos modos, a la cabecera del lecho de éste no debe uno sentarse meramente para escribir. Desde luego, esto sucede con demasiada frecuencia en Hospitales, Clínicas y Sanatorios, en especial por parte de jóvenes internos a quienes se confía el primer reconocimiento. Ya que éstos proceden la mayoría de las veces de un modo muy prolijo y detallado en exceso, puede ocurrir que se creen molestias al paciente, sobre todo desde el punto de vista psíquico, con lo cual se aminora o destruye la confianza puesta por él en el establecimiento elegido para su curación. Debe desecharse, naturalmente, confiar la responsabilidad de la anamnesis a una enfermera o a una secretaria

instalada en la antesala de la consulta, y que, como yo mismo he podido comprobar, interroga a veces al enfermo en presencia de otros pacientes que aguardan. Esto es contrario a la ética profesional. El personal auxiliar debería negarse a hacer tal cosa aun cuando ello le fuera exigido por parte de un jefe incomprensivo.

El *aprender a interrogar debidamente* para realizar una correcta historia clínica es un constante proceso de entrenamiento. Es decir: el aprendiz clínico deberá al principio, y por así decir, «deletrear» la anamnesis, recorrer paso a paso los diversos estadios de la enfermedad, desde la aparición cronológica de las primeras molestias hasta los síntomas claramente manifiestos de la misma, con el fin de que no se le escape nada. Sin embargo, pronto habrá de ejercitarse para lograr desprenderse de este esquematismo y para ordenar de un modo más libre las preguntas, según el caso individual y también, desde luego, según la clase de enfermedad. Aquí hay que hacer observar que también con respecto a diagnósticos que se hallan fuera de dudas, y que pueden ser establecidos correctamente al primer golpe de vista, no está de más la anamnesis; puede ser útil e incluso necesaria para determinar la etiología y, con ello, para la futura profilaxis (hay una diferencia entre que alguien sufra una poliartritis «por primera vez» o que la sufra «otra vez»), para el pronóstico con respecto a la duración, para importantes prescripciones terapéuticas. Apenas precisamos, en el fondo, de historia clínica con respecto a un caso clásico de escarlatina; mas no carece de importancia (en el sentido sanitario social, por ejemplo) que nos enteremos de que ya han sido atacados por esta enfermedad una media docena de niños de la vecindad o de compañeros de colegio: el médico debe saber si se encuentra ante un caso aislado o ante una epidemia de escarlatina. Se trata de una cuestión que no interesa tan sólo al médico de zona o al médico escolar. Conviene especialmente emanciparse del mencionado esquematismo con respecto a aquellas preguntas que suelen calificarse como «delicadas», «escabrosas», «embarazosas». Muchas veces no se obtiene respuesta a ellas o se consigue una respuesta falseada que puede ser

fuente de errores, si se realizan como si se tratara de un apartado más del cuestionario y sin concederlas matización alguna. Se trata sobre todo de cuestiones referentes a la esfera sexual, es decir: tendencias homosexuales, disgustos conyugales, esterilidad, infección venérea, crisis de noviazgo, disgustos amorosos, miedo al embarazo, etc.

Es evidente, en primer lugar, que todas estas cuestiones deben ser tratadas sin la presencia de terceros. Así lo exigen, no solamente la delicadeza y el tacto para con el interrogado, sino también (y ello es igualmente importante) la necesidad de obtener desde el punto de vista médico una respuesta clara y merecedora de confianza. Si se ha de conseguir una respuesta de este tipo, se deberá hacer en muchas ocasiones la pregunta de un modo inesperado, por sorpresa, y en esto es, por otra parte, de importancia el estilo de la misma. Así, por ejemplo, si al reseñar los antecedentes personales se pregunta esquemáticamente acerca de una antigua infección luética como si se tratase de una enfermedad más, le es mucho más fácil al paciente dar una respuesta negativa o, al menos, bagatelizar el chancro duro que padeció y convertirlo en chancro blando. Muchas veces resulta útil no preguntar acerca de la cuestión mientras se toman los antecedentes y hacer que el paciente piense con alivio: «¡Gracias a Dios que no me preguntó eso!», para sorprenderle después, y en plena exploración, con la pregunta: «¿Cuándo se contagió usted de sífilis?» Este modo de formularla descarta el disimulo del paciente, sugiere que el médico se ha dado cuenta de la existencia de una antigua lúes a partir de cualquier signo y que lo único que necesita saber ahora es la fecha exacta del contagio.

Son logrados así, psicológicamente, tres efectos: se rompe la actitud de disimulo o de banalización por parte del paciente, se asegura la certeza de la respuesta y se refuerza la confianza del enfermo en el médico y en el «ojo clínico» de éste, que tan agudamente sabe penetrar. Durante mi actividad como neurólogo he dirigido muchas veces las preguntas de este tipo mientras practicaba el examen de fondo de ojo; el paciente se inclinaba entonces a creer que la exploración oftalmoscópica había

revelado el hecho anamnéstico. También se pueden realizar de un modo semejante las preguntas «psicotropas»; al terminar el examen de fondo de ojo, por ejemplo, decía al paciente: «No se le encuentra a usted ninguna lesión; lo que usted debe tener es alguna preocupación moral.»

Aún recuerdo claramente el primer caso de este tipo. Se trataba de una muchacha de la clase media, educada en los principios morales entonces vigentes, y a la cual no había forma de sacar nada en limpio después de tres visitas. Al dirigirle la pregunta anterior durante el examen de fondo de ojo, capituló en seguida y confesó entre sollozos que había tenido relaciones con un hombre casado. Lo esencial de la terapéutica consistió entonces en buscar discretamente una solución no violenta a esta insoportable situación. Otros exámenes «cópicos» se prestan asimismo excelentemente para plantear tales preguntas, cuya formulación hace pensar al enfermo: «No cabe duda que ha encontrado algo y que ahora quiere tan sólo saber cuándo empezó.»

Ocasión para dirigir estas preguntas la proporcionan también los exámenes por Rayos X, la medida de la tensión arterial, incluso el momento de tomar el pulso. En ocasiones hay que cortar bruscamente la tentativa que muchos luéticos realizan por bagatelizar la infección («Hace mucho tiempo de eso, no tuvo importancia, no me ha vuelto a molestar»), claro es que únicamente cuando se está muy seguro de la realidad de ésta. Cabe entonces responderles: «¡No puede ser! Usted se contagió, a lo sumo, hace diez o doce años. Debe haber tenido usted síntomas secundarios; procure usted recordar exactamente.»

Es siempre muy sospechoso de disimulación y de tentativa de quitar importancia al asunto el hecho de que el paciente hable mucho y muy prolijamente, pero no de lo esencial, es decir: que durante la anamnesis se quiera presentar a sí mismo como más sano de lo que en realidad ha sido. Mas también detrás de una locuacidad que hace sospechar la simulación, la invención de enfermedades anteriores, o que tiende la mayoría de las veces a presentar éstas como más graves de lo que en realidad fueron, pueden ocultarse muy bien traumas psíquicos

que se quisiera mantener secretos. Esto puede llegar hasta ciertas historias en que se queja el paciente de «no haber tenido el estómago bien desde que comió aquellas conservas» o las populares «mojaduras», que se han convertido en causa de tantas neuralgias, reúmas, angina o pseudoangina de pecho, dolores lancinantes, jaquecas, cuando quizá hayan sido en realidad la infección venérea mantenida en secreto durante mucho tiempo, o las relaciones extraconyugales, o las recaídas autoeróticas del esposo y padre de familia, la auténtica causa de aquellas crisis físicas del sistema nervioso.

En el arte de descubrir estas cosas juega también un papel, aparte de las dotes del médico, de su experiencia y tacto, aquella «relación de confianza», singular y completamente irracional, que une «precisamente» a este enfermo con este médico «precisamente». El paciente quizá revele en seguida a un sexto doctor lo que no han logrado sonsacarle otros cinco doctores a quienes consultó primeramente. Mas la existencia de este «imponderable» no debe servir de fácil disculpa. Esta sería muy cómoda, y precisamente es esta comodidad lo que debe rechazar siempre el médico; la comodidad es uno de los enemigos mortales de su código de deberes. Quizá con algo más de tacto uno de aquellos cinco doctores hubiese logrado llegar al fondo de los factores que aparecen en la historia clínica. Y a este tacto corresponden también la adopción de una actitud adecuada y justa ante el enfermo, hacerle sentir a éste la participación del médico en sus preocupaciones, la atención que se le presta. Nada contribuye tanto a que el enfermo que se halla dispuesto a revelar sus secretos se retraiga, como la impresión de que el médico está distraído, que sólo le escucha a medias mientras está pensando en otras cosas. Estar siempre psíquicamente presente para el enfermo es el más alto postulado que plantea la psicología clínica al médico.

Sobre el terreno clínico, y en el sentido estricto de este término, es decir, en la sala de la enfermería, se halla, sin embargo, el diálogo anamnéstico bajo el signo de una dificultad insuperable, es decir: la que supone el no hallarse a solas paciente y terapeuta. Lo que resulta improcedente en la antesala

de la consulta de algunos corifeos, y que puede corregirse en este caso con la renuncia a algunas de las admisiones a consulta, se halla imbricado en el Hospital, el Dispensario o el Sanatorio, con las condiciones mismas de existencia de la Institución, es decir: con la convivencia de varios e incluso de muchos enfermos en el mismo local. El obstáculo no estriba aquí en que sean demasiados los enfermos; por el contrario, en salas que albergan de 20 a 50 enfermos es más fácil el diálogo reservado con el médico que en una habitación donde hay reunidos de dos a cinco pacientes. En general es «el tercero» el que más estorba, ya se trate de enfermera, secretaria, taquígrafa a la que se dicta la historia clínica, acompañante de la visita o incluso otro médico. Y, sin embargo, durante las prácticas realizadas en la Facultad es enseñado el reconocimiento, interrogatorio y tratamiento casi exclusivamente bajo tales condiciones. Bajo condiciones que, por fortuna, no vuelven a darse en la práctica fuera de la Facultad, ya se trate de los más míseros de los clientes, en la casa de vecindad del suburbio o en la choza aldeana, y que si se dan en estos casos pueden evitarse, la mayoría de las veces, mediante una orden perentoria a todos los presentes de dejar solo al médico con el enfermo. Nos tropezamos aquí con una trágica deficiencia de nuestra enseñanza clínica: se adiestra a los estudiantes a practicar bajo condiciones de orden técnico que jamás han de volver a encontrar fuera del ambiente hospitalario (medios de investigación, instrumentos, instalaciones, personal auxiliar) y simultáneamente bajo condiciones tan inadecuadas desde el punto de vista puramente humano como tampoco han de volverse a tropezar, es decir: exceso de técnica y falta de alma. Tan esencialmente fatal resulta para la clínica como para la escuela el tratarse en ambas de instituciones de masas. Nada, sin embargo, cabe modificar en esto.

Así como con la escolaridad obligatoria y con el aumento de la necesidad que siente la sociedad civilizada de maestros, médicos, jueces, administradores y, en general, de estudiosos, se han creado unas demandas que únicamente pueden ser cubiertas mediante la escolaridad colectiva y pública —aun cuan-

do, valoradas desde el punto de vista puramente educativo, serían preferibles en muchos casos la clase a domicilio, la escuela privada, los hogares de enseñanza rural—, así las misiones de higiene, profilaxis y tratamiento públicas solamente pueden ser llevadas a cabo mediante la existencia de grandes centros y organizaciones sanitarias. En el establecimiento sanitario público, que puede ser considerado como una «gran empresa» clínica, encuentra el enfermo medios técnicos (higiénicos, dietéticos, fisioterápicos) que jamás tendría a su disposición en su domicilio. Tan sólo desde el punto de vista psíquico se ve obligado a aceptar determinados inconvenientes, y, en primer lugar, la imposibilidad, la dificultad y la extrema limitación de la frecuencia de estar a solas con el médico, al cual quisiera «abrir su corazón».

El médico, por su parte, se ve sometido exactamente a los mismos inconvenientes. Tampoco él tiene apenas ocasión aquí, en el Hospital, de enfrentarse a solas con el paciente, y precisamente por esto es por lo que no se entera anamnésticamente de ciertas cosas que únicamente en estas condiciones son comunicadas, confirmadas o confesadas. Sucede análogamente con respecto al profesor y el alumno en la enseñanza pública; desde el punto de vista técnico, el gran establecimiento público de enseñanza ofrece multitud de ventajas que no están al alcance de una clase privada o de un pequeño establecimiento u hogar personalmente dirigido; mas por lo que se refiere al alma de la enseñanza, falta toda aquella entrega personal de individuo a individuo, aquella insustituíble relación dual que es al mismo tiempo la forma de exteriorización social correspondiente a la relación íntima, psicológicosocial, del confiarse y de la confianza mutua. Ante las puertas del Hospital cesa de ser una realidad la libre elección de médico: en muchos casos ya no es ni siquiera libre la elección de hospital, pues no existe más que uno o no entra en consideración más que un sanatorio determinado para la entidad aseguradora. Una vez dentro del establecimiento, el paciente debe pasar por manos de aquel jefe de servicio, médicos de sección y enfermeras que le sean designados, sin que le sea posible escoger. Mas tampoco puede elegir

a sus compañeros de sala, debe admitirlos sean cuales sean, se halla encerrado con ellos, estos vecinos de cama que han de escuchar cada una de las palabras que se crucen entre el médico y él le son impuestos. Quizá se consiga así que el enfermo confíe su curación al establecimiento, pero lo que no se logra es una auténtica confianza con el médico.

Bajo estas circunstancias psicológicamente anormales enseña el profesor clínico y aprende el estudiante a practicar, visitar enfermos, interrogarlos, reconocerlos y aconsejarlos. Lo que habría de ser uno de los temas principales para su formación clínica como médico no lo aprende, ya que no encuentra las condiciones que serían precisas para ello: enfrentarse a solas con el enfermo y explorarle y aconsejarle sin interferencias extrañas. Y no es solamente que no lo pueda aprender, es que su aprendizaje implica la situación exactamente opuesta para ello: el hallarse constantemente formando grupo con enfermos, con otros médicos, enfermeras, enfermeros, etc., es decir, el «taller» clínico colectivo.

Tal estado de cosas en nuestra enseñanza clínica actual, cuya importancia no debe ser dejada de tener en cuenta, debería ser al menos paliado mediante una reforma, en tanto ésta sea factible, y el joven clínico debe procurar modificarlo en lo que esté al alcance de sus medios. La posibilidad del diálogo a solas entre médico y enfermo deberá ser restablecida sencillamente dondequiera que sea. Al construirse los edificios que han de servir para hospital o clínica, deberían ser previstos departamentos, en número suficiente, destinados a este fin. Realmente, no hace falta que sean muy amplios; puede tratarse de pequeñas habitaciones lo suficientemente grandes para permitir una conversación reservada, es decir, han de estar sobre todo lo suficientemente aislados acústicamente (como es natural, su amplitud deberá ser suficiente para permitir la introducción y estancia en ellos de una cama, con el fin de permitir el diálogo con pacientes que no pueden abandonar el lecho). No es precisa mucha instalación técnica; un exceso de ésta no hace sino estorbar la finalidad principal y desvía la atención del paciente. Debe evitarse en absoluto la instalación de teléfono; nada con-

tribuye tan eficazmente a estropear el ambiente de confianza, tranquilidad e insistencia en que se desarrolla un diálogo como la repetida interrupción por llamadas telefónicas. Aparte de esto, existen también posibilidades de hablar a solas con el paciente; el clínico debe aguzar para ello un poco su inventiva: el jardín o el parque del establecimiento, una exploración o intervención técnicas, o, para los médicos, sus habitaciones privadas, si es que viven en el hospital o clínica.

> En la Clínica ginecológica de ZWEIFEL, en Leipzig, siempre se nos daba a los internos, aun a los más jóvenes, ocasión para hablar a solas con la paciente y para explorarla antes de su presentación clínica en el aula: esto ya es interesante desde el punto de vista del descubrimiento de un diagnóstico, sin ayudas ajenas por parte de otros médicos y del personal auxiliar.
>
> Recuerdo, sin embargo, la profunda impresión que me hizo que el doctor KRÖNIG (el más tarde famoso clínico de Friburgo, que entonces era *Oberarzt* en la Clínica de ZWEIFEL, en Leipzig) me dejase cierta vez a solas con una mujer que había acabado de dar a luz en la Policlínica, después de encargarme suturarla un desgarro perineal. La comadrona se marchó también, y entonces la puérpera comenzó a confiarme todas sus dudas y preocupaciones, a las que antes, cuando estábamos los cuatro, ni siquiera había hecho alusión. Aun hube de realizar tres visitas a la paciente, mientras ésta permaneció en la Policlínica, cada una de las cuales constituyó una auténtica confesión. Cuando me despedí de ella, después de la última visita, le dije en broma:
>
> —He conocido a la madre y al hijo, pero a su marido no le he visto ni por casualidad.
>
> Y ella me respondió:
>
> —Pues mire usted: mi marido es muy bueno, pero no puedo hablarle de estas cosas. Todo esto que le he contado dice él que son pamplinas y no las hace caso.
>
> La paciente no se había atrevido, por tanto, a dirigirle ninguna de las preguntas que a mí me hizo.

Si refiero este ejemplo es porque conduce a un punto de fundamental importancia: la enseñanza en la Policlínica ofrece unas condiciones de aprendizaje de las que carece la enseñanza clínica en la Sala, y es, por tanto, merecedora de un cultivo más intenso del que hasta ahora le ha sido otorgado. En

ella aprende el estudiante a entrevistarse a solas con el enfermo en el momento que le parezca oportuno; a rogar cortés, pero firmemente, a los familiares que se retiren cuando él lo estime conveniente; a lograr un pequeño cuarto para conversar cómodamente con el enfermo sin la presencia de terceros, y aun cuando el paciente insista en esta presencia, debe rechazarse. Tan sólo entonces se establecen las premisas para un amplio desarrollo del arte de la anamnesis directa e individual. Hay que concluir radicalmente con la relegación de la labor policlínica a un puesto secundario. Tan sólo a través de la práctica policlínica aprende el futuro médico a conocer y a dominar las condiciones de actuación bajo las cuales habrá de ejercer más adelante, ya sean aquéllas de índole técnica, social, económica o psíquica. Este aprendizaje no puede sustituirse por el hecho de que trabaje durante una pequeña parte del «curso de prácticas» como ayudante de un médico en ejercicio, y precisamente por un motivo psicológico; aquello que debe asimilar y con lo que debe compenetrarse precisa de tiempo, debe ser absorbido gota a gota durante todos los cursos clínicos de la Facultad. Debería enseñarse al futuro médico a comprender desde sus primeros contactos con la clínica que no puede hacerse una buena historia clínica como quien realiza un inventario, que se trata de un *document humain* a partir del cual pueda investigarse, profundizar, fundamentar e incluso intuir sagazmente rasgos esenciales. Incluso deberían dársele unas primeras nociones acerca de todo esto, haciendo que practicase como enfermero durante la iniciación de sus estudios, logrando así que se vaya compenetrando con lo que ha de ser el núcleo de su profesión: constituir para el enfermo un ser humano que está dispuesto a prestarle ayuda.

6 Puede no ser tan sencillo como a primera vista parece comprender en seguida lo que el paciente quiere decir cuando expone sus molestias. Pueden surgir dificultades a causa de determinados modismos, giros o dialectos utilizados por el enfermo, pero no debe otorgarse a tales dificultades un valor exce-

sivo. El paciente de extracción humilde no espera que el hombre de estudios (que como tal conoce, respeta y quizá admira al médico) hable con él un lenguaje popular. En algunas ocasiones habrá de emplear el médico este último, pero fuera de ellas no es de aconsejar su uso, ya que tiende más bien a aminorar aquel respeto que debe emanar de él. El empleo de un lenguaje demasiado vulgar puede incluirse entre los peligros de «aldeanismo» que acechan al médico rural, y con él no es habitual que aumente el prestigio del médico entre la gente del campo. El médico que realiza una anamnesis (también el que terapeutiza) debe hablar un castellano sencillo, que conservará naturalmente el acento originario de una comarca. No se emplearán vocablos demasiado doctos, que el paciente no pueda comprender o que induzcan a conceptos extravagantes a aquellos enfermos que poseen ciertos conocimientos médicos mal digeridos.

De ningún modo debe esforzarse el médico en querer aprender lo más rápidamente posible el dialecto local de la nueva comarca en que trabaja. Esto, incluso, puede convertirle en objeto de burlas. A todos nosotros acaba por pegársenos el acento peculiar de una región cuando vivimos en ésta tiempo suficiente. Esto sucede involuntariamente, y asimismo se aprende muy pronto suficiente caudal de voces dialectales para valérselas en los asuntos corrientes de la vida cotidiana. Todo lo que en este sentido tenga aire de ficticio o forzado obra más bien como motivo de pérdida de respeto.

Un cierto «distanciamiento» corresponde a la acción sugestiva del médico frente al paciente; no debe establecer una excesiva confianza con las gentes, ya que éstas son las que menos la desean. Un determinado acento no demasiado común puede incluso aumentar la sugestibilidad o favorecer la aproximación a los demás. Conozco gran número de médicos procedentes de Alemania del Norte, que han tenido gran éxito al Sur del Main. NAUNYN, con su acento típicamente berlinés, que no le desapareció en toda su vida, era muy popular en Alsacia (y después en Baden-Baden). El médico debe hablar de un modo natural; su lenguaje no ha de ser ni demasiado vulgar ni tam-

poco engolado, sino educado. El enfermo, en el fondo, espera que sea así. Mucho más esencial es el peculiar modo de expresar sus cuitas y preocupaciones las gentes sencillas, cuando sufren. Esto sí que lo debe conocer el médico, para saber escuchar y para saber interrogar correctamente. Pues aquí es fácil que se haga más patente, y de un modo no deseado, la distancia que separa el mundo del estudioso del mundo del hombre ingenuo y sin suficiente cultura, lo cual se presta a una falta de entendimiento al preguntar, contestar, escuchar y hablar. Esta circunstancia ha sido escasamente tenida en cuenta, y, sin embargo, es merecedora de profunda atención.

a) Es más difícil lograr que respondan satisfactoriamente a nuestra pregunta los hombres, que las mujeres. Este dimorfismo de los sexos por lo que respecta a la disposición a la anamnesis, tiene escasas excepciones. Asombra que sean las mujeres, al contrario que los hombres, las más asequibles a las preguntas «muy delicadas». Puede comprobarse, incluso, que aquéllas no se muestran muy reacias al contestarlas, aunque se las dirijan médicos muy jóvenes. Lo que entra en juego en esta cuestión es un exceso de orgullosa susceptibilidad por lo que se refiere al sexo y que es propia del varón. Este último prefiere evitar responder a las preguntas que se refieren a cuestiones sexuales, considerándolas como no teniendo nada que ver con el tema, a no ser que haya buscado al médico precisamente a causa de una debilidad o anormalidad en este sentido, e incluso entonces prefiere quitar importancia al asunto. En algunos, incluso, se advierte la molestia que les ocasiona la pregunta; su expresión se hace distante, seria, malhumorada; su negativa rotunda no significa «no hay nada de eso», sino más bien: «¿qué le importa eso?», «¿qué tiene que ver con este asunto?», «¡no me da la gana de contestar!».

Cuando algo no va bien en un matrimonio, el hombre se preocupa más bien de no aparecer como el que tiene la culpa. Casi la única excepción a esto se halla representada por hombres marcadamente feministas (muy frecuentes entre los homosexuales). Cierto es que la facilidad de la mujer para confe-

sarse (que también por lo que respecta a la práctica religiosa es mucho mayor que la del hombre) ha de poner en guardia frente a la confianza que merecen sus afirmaciones. La mujer comunicativa incurre fácilmente en fantasías. Especialmente por lo que se refiere a la cronologia son poco exactas, convierten en próximos entre sí sucesos que en realidad se hallan distanciados en el tiempo, o viceversa. Mas también deja de desear la fidelidad de la verdad en cuanto a los contenidos de los acontecimientos: una ley psicológica acerca de la capacidad de notación diferencial afirma que la mujer retiene o fija mejor que el hombre, pero que también falsea más. La memoria femenina es cuantitativamente superior a la masculina, pero cualitativamente inferior. Todo examinador con suficiente práctica confirmará esto. Esta fuente de errores es de índole más esencial que la «emotividad subjetiva» de la mujer, que con tanta facilidad se acostumbra a contraponer a la «objetividad racional» del hombre. La mujer es ciertamente más rica en vida emotiva, por término medio, que el hombre, pero esto implica también, en gran parte, su sensibilidad para los sentimientos de los demás, lo cual hace que con frecuencia se muestre más objetiva en la apreciación de los estados de humor ajenos que lo que pueda ser el varón, emotivamente mucho más autista, y que tiende a convertir su propio humor y sus afectos momentáneos en norma de lo que debe ser entendido como «natural, comprensible y lógico».

En los casos de divorcio, la mujer acostumbra exponer más objetivamente que el marido las cualidades buenas y malas del cónyuge. Unicamente hay que considerar con cierta prevención la exposición de hechos aislados que son aportados como pruebas, ya que la fidelidad del recuerdo, por lo que respecta a los contenidos, es más dudosa en la mujer que en el hombre. Dicha prevención y reserva se hallan tanto más justificadas durante los períodos sexuales críticos, y aparte de la pubertad y del climaterio, todo menstruo trae consigo ciertas alteraciones del psiquismo que hacen que se deforme la realidad de los hechos. Inmediatamente antes, o durante la subida de la marea menstrual, no sólo no debería una mujer adoptar decisiones de

importancia, sino asimismo reservarse sus «confesiones» para mejor ocasión. Quizás vea las cosas algunos días más tarde, de un modo muy distinto. Es, por tanto, preferible que el médico aplace investigaciones psíquicas de índole profunda y muy íntima, hasta los días intermenstruales; con ello evita una fuente de errores cuya importancia es difícilmente calculable.

No debe olvidar tampoco que muchas mujeres (no todas) son mucho más crédulas que los hombres; muchas veces hay que examinar muy exactamente si lo referido procede en realidad de las propias vivencias, o si ha sido sugerido por otra persona. También aquí es necesaria una crítica de las fuentes de información. Es típico de la mejor capacidad de notación propia de la mujer, que considere como propio lo que no es en realidad sino aportación ajena. Todo aquél que se haya ocupado en actividades literarias, sabe de aquellas cartas femeninas en las que se asegura que uno ha escrito las mismas cosas que ellas siempre han opinado; los hombres, por el contrario, hacen destacar más bien las opiniones contrarias.

b) La confianza que merecen los datos proporcionados varía también según la edad de quien los da. La *psicoontogenética* no ha reunido aún las suficientes y, hasta cierto punto, exactas comprobaciones acerca de este particular. A continuación exponemos lo que puede considerarse como cierto desde el punto de vista psicológico-evolutivo.

Los niños son hasta la edad de ocho años bien cumplidos, declarantes o testigos poco utilizables. Incluso poniendo mucho cuidado al interrogarles, se les influye, y cada pregunta que se les hace ejerce un efecto sugestivo. El médico psicológicamente informado habrá de hacer aquí siempre uso muy amplio de los medios anamnésticos auxiliares (declaración de los allegados, maestros, amigos de la casa, pero no de otros niños de la misma edad, de los compañeros de clase, o de los hermanos). En el niño entre los dos y los siete años no existe en absoluto una línea divisoria entre *realidad* e *imaginación*; con frecuencia mezcla ambas, de modo involuntario e inconsciente, y precisamente sobre esto se basan sus inagotables capacida-

des para el juego. También juega del modo más ingenuo con los recuerdos, con las declaraciones que realiza, con preguntas y respuestas. En el fondo fabula («confabula», dice la psicopatología) en cuanto abre la boca para hablar. En todo caso hay que contar siempre con esta posibilidad.

Hacia los nueve años (y en los muchachos representa la edad entre los nueve y los doce años una de las etapas cronológicas de maduración relativa, en las cuales se llega a una armonización somática y psíquica que más tarde es nuevamente destruida) se verifica un cambio a este respecto. A los diez años, la conciencia distingue entre lo vivido y la imaginado; entre apariencia y realidad, de un modo que, en líneas generales, puede considerarse como seguro. Mas entonces acecha ya un nuevo motivo de falseamiento: la peculiar acentuación de las imágenes interiores, que se conoce como «eidesis». Lo que hace que su estimación sea tan difícil es lo variable que resultan sus modalidades y su intensidad según el sujeto y según el momento. Algunos la experimentan ampliamente (de una cuarta a una tercera parte de los niños); en otros apenas aparecen indicios de ella; pero en estos casos varía también mucho según los períodos de tiempo, e incluso según las horas. Sustituye al impulso inconsciente a fabular, que hace que no se distinga entre fabulación e información, por el placer de fabular, en el cual ya se es consciente de la irrealidad de lo que se cuenta. En su aspecto más grosero se trata de un vicio de mentir y de un complacerse en que sean creídas tales mentiras. Esta eidesis, que va unida a una marcada complacencia narrativa, vuelve a aparecer en numerosas personas (especialmente varones) al comienzo de la edad involutiva (presenil) y constituye entonces un estímulo al cual se deben numerosos escritos y memorias autobiográficas: se trata de la «edad autobiográfica». Recuérdese a Chamisso en su célebre poesía «Palacio Boncour»: «Vuelvo a soñarme de niño... Cómo tornais a mí, imágenes que creí ha largo tiempo olvidadas.» El grado de objetividad con que son entonces expuestos los hechos y la confianza que merece dicha exposición resultan, por tanto, muy

relativos: la mayoría de las memorias autobiográficas, se hallan plagadas de errores de contenido cronológico.

Como es sabido, en la edad avanzada disminuye especialmente la capacidad de notación para lo recientemente vivido o experimentado, tanto en extensión como en fidelidad. Pueden hallarse bien conservados recuerdos de épocas muy anteriores de la vida, incluso de la niñez, mas también pueden resultar demasiado vivos y, por lo tanto, demasiado falseados. El médico hará, pues, bien en emplear ampliamente las fuentes auxiliares de la anamnesis indirecta cuando se trata de ancianos de más de setenta años o a lo sumo de setenta y cinco. Las tendencias a presentar las cosas más graves de lo que son, así como lo contrario, a disimularlas, se manifiesta con frecuencia en el ocaso de la vida: ayes y lamentaciones, se está con un pie en la sepultura, se está hecho una ruina, nadie cumple ya bien con su deber. O bien, uno está perfectamente, jamás ha estado enfermo, las lamentaciones de los parientes acerca de uno son pequeñeces sin importancia o imaginaciones, o deseos poco piadosos; querrían ya verse de buena gana libres de uno, pero uno no les proporciona ese gusto; de buena gana volvería uno a contraer matrimonio mañana mismo.

Ya en estas actitudes se advierten diferencias según los sujetos: el labrador piadoso, que desde hace ya mucho tiempo lleva una vida retirada, que se prepara a bien morir y desea que le administren a tiempo los Sacramentos, se halla más inclinado a creer que cada vez que cae en cama se trata de su última enfermedad, que el libre-pensador que habita en la gran ciudad, que ya no cree en una vida eterna y que ve tan sólo en la muerte un mal inevitable, cuya proximidad debe ser ignorada durante el mayor tiempo que sea posible. Aquél envejece y se marchita con frecuencia antes de tiempo, éste no quiere de ningún modo que le consideren como un viejo; se las ingenia para aparentar lozanía y juventud, constituye para él un desprecio que le califiquen de viejo o de anciano. Puede constituir uno de los deberes del médico en funciones de consejero, recordar de modo muy expreso a los pacientes su auténtica edad; mas, también, al investigar los antecedentes de la enfer-

medad deberá tener en cuenta tales tendencias, ya se trate de creerse próximo a la sepultura, o, por el contrario, de aparentar más joven de lo que es, ya que en determinadas circunstancias pueden matizar los datos proporcionados.

c) De gran importancia es el modo de expresarse según la clase social a que se pertenezca. Con frecuencia se abre entre el médico y el enfermo el abismo de la diferencia de educación, y precisamente cuando es el enfermo el que intenta borrarlo artificialmente (por ejemplo: exponiendo una semicultura médica adquirida en obras de divulgación) es cuando se hace más patente. Tales «lucimientos» son muy apropiados para hacer que el médico se impaciente e, incluso, para que se enoje; mas no deben dejarse llegar las cosas hasta este punto. Más correcto resulta interrumpir y abreviar cortés, pero decididamente, el flujo de palabras del diletante. El arte de decir las cosas de un modo decidido, pero amable y sin ofender, se halla en Alemania lamentablemente descuidado, lo cual nos ha costado a los alemanes, e innecesariamente, la pérdida de muchas simpatías en el mundo. Dicho arte debería contarse entre las más esenciales características de una capa social portadora de cultura, y, por tanto, debería ser naturalmente propia del médico. Este debe enseñar al paciente que los datos de la anamnesis han de ser solamente «hechos» que este último comunica, pero no diagnósticos elaborados por el enfermo a base de lecturas o conversaciones mal digeridas, a no ser que en tales idagnósticos se trate también de hechos, por ejemplo: cuando los ha establecido un médico que trató al paciente con anterioridad y son así objetivamente comunicados.

De todos modos, estos pacientes aficionados a expresarse en términos semimédicos, constituyen tan sólo una pequeña fracción de la clientela. Mucho más importante es el conocimiento del modo habitual de expresarse de las gentes sencillas, del hombre vulgar y corriente, del «hombre de la calle», como dicen los ingleses. Su rasgo más característico lo constituye la prolijidad del discurso, especialmente cuando informa. En el discurso se aglomeran infinidad de detalles accesorios y sin im-

portancia, que se pierden en un acúmulo de nimiedades, no haciéndose más que dar vueltas en torno al asunto principal, sin alcanzarlo nunca. Esta costumbre (que puede también, por ejemplo, dificultar extremadamente la labor judicial) no es más que un caso parcial de vigencia del «principio de comodidad» (denominado de un modo más grandilocuente «principio de economía» o «ley del mínimo esfuerzo»), que domina en el espíritu humano; a él hay que atribuir muchas deficiencias, pero también una considerable parte de las conquistas logradas por nuestra civilización. Con respecto al lenguaje cabe formularlo de este modo: el hombre vulgar y corriente, cuando habla, lo hace por medio de sonidos emitidos tan sólo con la claridad suficiente para que se le entienda y con la precisa y justa claridad de pensamiento, tan sólo, para que se le entienda en el sentido espiritual. No se esfuerza por dar más de sí. Todo lenguaje vulgar se caracteriza, frente a un lenguaje más selecto y elevado, por un amplio margen de descuido. En este descuido, en esta negligencia al hablar, nos encontramos con uno de los más importantes procesos psicofísicos que originan la transformación de los idiomas e incluso la formación de otros nuevos.

> La más patente de estas transformaciones fué la que condujo en Europa desde el alto latín (latinidad aúrea y argéntea), pasando por el latín vulgar, hasta el francés, en el cual alcanzó la negligencia de pronunciación tales grados, que la palabra pronunciada aparece frente a la palabra escrita —en la cual se conserva mucho más el parecido con las voces latinas originales— como un mero residuo del primitivo vocablo. A esta negligencia se ha opuesto en Francia, y durante la época contemporánea, un minucioso cuidado del idioma (a través de la Academia, de la Sorbona y el Parlamento), de modo que no existe otra nación occidental en que todo el mundo procure hablar tan correctamente como en Francia.

Si no cuida uno del propio lenguaje, se llega involuntariamente a hablar, tanto fonética como estilísticamente, de un modo cada vez más incorrecto: los sonidos se diluyen e impurifican y se altera la debida construcción de las frases. Esto último es para nosotros lo más importante. La persona que ha-

bla descuidadamente emplea latiguillos que repite a cada paso, voces indebidas, etc. Mas no se trata solamente de esto; también tiende a desviarse del tema, se le tiene que advertir a cada momento que vaya al grano, pues precisamente cuando se trata de algo importante se pierde en rodeos y en detalles que no son al caso y que no vienen a cuento. Muchas veces no hay forma de convencerla de que lo que está refiriendo no interesa lo más mínimo, y se extraña de que así se lo advirtamos. Si se le llama mucho la atención a causa de todo esto, puede molestarse e, incluso, tornarse descortés y grosero, o se calla y no hay manera de hacer que nos informe acerca de más cosas. Su mundo de valores difiere mucho del que posee el médico y, en general, toda persona de cultura y de educación. Es característico de la mayoría de los autodidactas (en muchas ocasiones durante toda su vida), no aprender a distinguir bien entre lo que es esencial y lo que no lo es; la capacidad para hacerlo es casi siempre fruto de la educación bien asimilada.

¿Cuál debe ser en estos casos la actitud del médico? Debido a sus ocupaciones profesionales no siempre dispone de tiempo para escuchar estos prolijos y dilatados discursos y, por tanto, deberá rogar de modo más o menos amable al paciente, que procure abreviar. Esto, naturalmente, en caso de que el paciente haya dicho ya todo lo que era necesario decir y comience a repetir las mismas descripciones o lamentaciones. Pero a veces es necesario que se emplee el tiempo que sea necesario para escuchar. Pues la persona de escasa cultura no puede, verdaderamente, expresarse en ocasiones de otro modo; no podemos suprimir su sistema de normas para lo que es esencial y lo que no lo es por el hecho de ignorarlo y dejarlo de lado; tampoco las imponemos con ello el nuestro, que continúa siéndoles extraño, ni logramos convertirlas al mismo. Lo único que conseguimos así es hacernos antipáticos, y la anamnesis sufre las consecuencias.

La deficiencia de esta última puede ser considerablemente acrecentada debido a la impaciencia del que interroga. Esto es válido en especial con respecto a las enfermedades somáticas graves y malignas. Su pronóstico, incluso muchas veces su diag-

nóstico y terapéutica (intervención inmediata o espera y observación) pueden depender de haber tenido en cuenta al interrogar los pequeños síntomas más precoces. El médico rural, sobre todo, es quien más debe tener esto en cuenta. En su apartada aldea puede no tener la posibilidad inmediata de emplear los necesarios medios técnicos de comprobación. Del mismo modo que el martillo de reflejos y el estetóscopo, el mirar la lengua y (no lo olvidemos) el arte de tomar el pulso, constituyen aún hoy en día intrumentos y métodos diagnósticos para él esenciales, que en modo alguno se hallan superados o anticuados, así el preguntar acerca de la fecha exacta (año, mes, día) de la primera hemorragia alarmante (del estómago, pulmón, intestino, riñón, matriz) o del primer dolor intenso, o de una orina o unas deposiciones extrañas (acaso acompañadas estas últimas por un brusco malestar), de un ligero mareo o de una dificultad al hablar, pueden dar la señal de alarma para no mantenerse en modo alguno a la expectativa, contentándose con métodos conservadores o paliativos.

Los pequeños síntomas pueden ser de importancia fundamental. Los médicos muy jóvenes o los estudiantes de Medicina emplean gustosos dicho término en un sentido despectivo, y los dogmáticos de la totalidad, cuyo grano de verdad y de certeza intuitiva ha sido triturado en nuestra era irracional, no querrían hablar ya de enfermedades, y mucho menos de signos o síntomas, sino tan sólo de sujetos enfermos (de lo cual han deducido los más consecuentes que lo único que importa, por tanto, es si vale o no la pena de conservar la vida de un enfermo, y así, según cuál fuese la opinión, le trataban o le suprimían). Para los maestros de la clínica, a quienes va dedicado este libro, no había «pequeños» síntomas, sino tan sólo síntomas, el más pequeño de los cuales era a veces el más importante. En realidad no debería hablarse de pequeños síntomas. Decidir si un síntoma es en realidad accesorio, casual, ocasional con respecto al diagnóstico, al pronóstico y a la terapéutica no es de la competencia de la anamnesis, ni de la exploración, sino que la mayoría de las veces depende de un trata-

miento prolongado, de la catamnesis, y, no raras veces..., de la autopsia.

Recordamos la inolvidable impresión que nos causaba a los médicos asistentes y cuánta sorpresa reflejaban los rostros de los médicos extranjeros que le rodeaban (entre los cuales solía haber alguna primera figura), cuando Hermann OPPENHEIM se alzaba finalmente, con el rostro congestionado, a causa de haber estado inclinado sobre el enfermo, y decía tranquilamente:

—En estos diagnósticos es muchas veces decisivo lo que parece más insignificante.

Luego, cuando el paciente salía del cuarto de reconocimiento, añadía:

—Se trata, naturalmente, del comienzo de una siringomelia.

O cuando Ernst ROMBERG, después de una auscultación que nos parecía interminable, dejaba, por fin, el estetóscopo, percutía una vez más, y decía con su sonrisa que tenía siempre algo de impenetrable:

—No; desde luego, no se trata de un aneurisma.

Durante un viaje en coche. en ocasión de tener yo que pronunciar una conferencia en Viena, me dijo Guido HOLZKNECHT:

—En las radiografías hay que dar la mayor importancia a aquello que apenas puede ya distinguirse; hay que estudiarlas como si fuesen valiosos grabados antiguos, cuyo encanto permanece oculto para una mirada fugaz.

Y dos horas después, ante un reparador almuerzo en el «Hotel Meissl», me comunicó Julius WAGNER VON JAUREGG algunos datos acerca de sus estudios sobre la parálisis general, y concluyó así:

—Antes me ha designado usted como el debelador físico de la parálisis, lo cual ha sido muy amable por su parte; pero nadie mejor que yo puede saber que, en el futuro, la señal de que dicho proceso está en marcha se habrá de apoyar en muchísimos casos sobre la atención prestada a síntomas psíquicos muy ligeros. No tenemos que borrar la palabra «psiquiatría», como quería el gran MEYNERT; tampoco con respecto a la parálisis.

El diálogo anamnésico habrá de centrarse también muchas veces sobre síntomas muy poco aparentes y premonitorios de la enfermedad que se avecina, y en los cuales se hallan implicadas conclusiones diagnósticas y patogénicas. El diagnóstico

de tuberculosis y apendicitis larvadas, neoformaciones malignas, de la úlcera pilórica y duodenal, de anemias de las más diversas clases, de la tabes de comienzo, de la esclerosis múltiple (que si no se pone la atención y cuidado debidos en la anamnesis pasa no raras veces de médico en médico y durante años enteros como «histeria» o, en general, «neurosis», visitando así un sanatorio tras otro), puede ser repentinamente iluminado por datos anamnésicos que parecen accesorios y secundarios y que, incluso, olvidan preguntar el médico y el especialista experimentados, y que ni siquiera se le pasan por la imaginación al médico joven o al estudiante, carentes aún de experiencia.

El médico que realiza la anamnesis, y sobre el que va a recaer la responsabilidad del tratamiento, debe tener también en cuenta aquello sobre lo que no ha interrogado; por esto deberá en ocasiones dejar hablar al enfermo y no perder la paciencia ni relajar la atención por muchos rodeos que dé éste. Este es el punto en que el psicoanálisis (sea cual fuere la actitud de cada cual hacia él) se ha convertido en maestro de todos nosotros: existen cosas importantes que el paciente esconde, ya ante los demás, ya ante sí mismo, en torno a las cuales da vueltas y a las que su charla acaba conduciéndole, con tal que uno se lo permita. Tales cosas son las que el paciente suele «semirreprimir» gustosamente (en general, esta «semirrepresión» es mucho más frecuente que la «represión» completa), es decir, no han desaparecido completamente de la conciencia, pero procuran mantenerse lo más apartadas posible, para deslizarse de pronto, sin embargo, a través de cualquier giro del pensamiento y ser dichas casi sin querer. Tales ocasiones surgen con tanta más frecuencia cuanto más lanzado a hablar se halla el narrador.

La actitud adoptada frente a estas confesiones involuntarias que se le escapan al interrogado es una de las más difíciles coyunturas que se le plantean al que realiza una anamnesis. Depende ello tanto del caso particular, que apenas resulta posible dar reglas fijas. Puede ser aconsejable el «cogerle la palabra» al paciente y no dejarle que se zafe de la cues-

tión. Sin embargo, y en general, es preferible conducirse de un modo más suave, es decir: no perder de vista uno mismo lo que el paciente acaba de decir, pero aparentar no otorgarle demasiada importancia y dejar que aquél continúe hablando; por lo regular, la conversación del paciente retorna por sí sola sobre el tema, bien a través de alusiones, bien de lleno.

Todo esto reviste especial importancia en cuanto entran en la patogenia factores psíquicos en juego, y el médico no debe dejar de tener en cuenta que la primera percepción de pequeñas alteraciones somáticas por parte de un paciente, hasta entonces sano, puede haber constituido para éste un susto «reprimido», no admitido por completo por él, es decir, una vivencia, un «microtrauma» que fué elaborado y desarrollado después de un modo hipocondríaco. Sabido es que este fenómeno resalta frecuentemente en médicos que caen enfermos: por una parte, le dan vueltas al más pequeño trastorno que perciben en sí mismos; le aplican todos sus conocimientos diagnósticos para deducir las más lejanas posibilidades de una significación grave e infausta; otras veces, y por otra parte, se inclinan, debido precisamente a lo mismo, a no reconocer la importancia de dicho trastorno (el fatal descuido de síntomas iniciales e indudablemente malignos, aparecidos en el propio organismo, es extraordinariamente frecuente entre médicos). Y aunque el colega, como paciente, es de todos modos una excepción, muchos enfermos se hallan hoy en día atiborrados de semicultura médica y se comportan a este respecto como si se tratase de médicos, se fijan en el más nimio signo de alteración, pero reprimen el significado del mismo, debido precisamente a que les asusta, y más tarde, cuando acuden a consulta, no lo mencionan, ya que temen el «¿Por qué no ha venido usted antes?» del médico.

Como hemos dicho, la actitud psicológica que el médico debe adoptar ante estos modos de conducta no es susceptible de ser esquematizada; depende del tacto con que se ejerza el arte médico, y dicho tacto es en parte una disposición genuina, pero ampliamente educable y que se afina mediante el ejercicio. A veces es preciso insistir enérgicamente para no dejar

escapar la posibilidad de precisar un síntoma inicial cuya descripción ha hecho el enfermo, sin darle demasiada importancia. Otras veces será más recomendable aparentar no dar demasiada importancia a lo que el enfermo acaba de referir, con el fin de no alarmarle y que continúe hablando.

7 Se debe saber algo acerca del concepto de *causalidad*, por el que se rigen las opiniones de los profanos, si desean sacarse las conclusiones exactas acerca de los datos proporcionados por las gentes sencillas. La extraordinaria sugestión ejercida sobre sujetos enfermos por curanderos absolutamente incultos, muy inferiores a aquéllos en cuanto a saber e instrucción, se apoya sobre la falta de conocimiento y estudios médicos de que adolecen ambos, y que es lo que une propiamente al curandero con dicho sujeto, participando ambos en atribuir, de un modo profano en la materia, efectos hipotéticos a causas supuestas, o en admitir esto en todo caso sin crítica y sin hacer el menor reparo. El médico piensa con arreglo a sistema y teoría en el terreno de su competencia profesional; pero muchas veces, e incluso la mayoría de ellas, tan sólo en este terreno, que es el suyo propio. Ya al actuar sobre otro que no sea el de su profesión, por ejemplo: en el jurídico (como testigo, o al hacer un testimonio pericial ante los Tribunales) deja de pensar de dicho modo y enfoca el caso con arreglo a una causalidad no jurídica, sino médica, o ya con arreglo a un concepto de causalidad más bien propio de un profano. Los jueces, a su vez, incurren en este último modo de concebir la causalidad al intentar seguir al médico en su tentativa por atraerles al terreno del pensamiento clínico. Pensadores de profesión (profesores de filosofía, sujetos que dominan ciencias muy abstractas, como matemáticos, juristas, teólogos) pueden caer en las más crasas concepciones de la causalidad profana en cuanto se trata de una enfermedad propia o que afecta a alguien de su familia. Y, por el contrario, ¡qué despliegue de lógica profana hemos visto por parte de los numerosos, y a veces muy destacados médicos, que durante el pasado siglo profesaban

el materialismo y en ocasiones hablaban y escribían públicamente acerca de él!

Una característica principal del «hombre teórico» es el impulso a la fundamentación causal retrospectiva, al descubrimiento de lo esencialmente original, mientras que el modo de pensar del profano se comporta frente a esto con indiferencia y coloca su interés prospectivamente sobre el efecto, es decir, no sobre el «cómo» se ha hecho algo, sino sobre el «qué» saldrá de ello.

El hombre enfermo quiere estar sano de nuevo y se confía en aquel que quiere ponerle sano, o así se lo promete. El comerciante quisiera salir de una crisis económica y espera de los políticos que le ayuden a ello; se ríe de los economistas que intentan explicarle el mecanismo de aquello que ha dado origen a su situación actual y los considera como «teorizantes de pupitre», no haciéndoles gran caso. Recordemos como se ha defendido el legislador práctico en contra de la criminología científica, la cual pretendía hacer comprensible el delito a partir de sus causas. Le parecía que con ello se socavaban los fundamentos de la Administración de Justicia. Lo esencial para él era castigar al delincuente para que en lo posible temiera reincidir.

El sacerdote que ejerce la cura de almas no pregunta cómo se originaron las Sagradas Escrituras; las toma como lo que son: como la palabra divina, y hace ejercer la influencia de sus Mandamientos, parábolas y versículos sobre la comunidad, el penitente o la clase escolar. Muchos médicos se tornan tanto más puramente «prácticos» cuanto más viejos; no se preocupan ya más de un modo especial acerca de la etiología; prescriben, seccionan y vendan; hacen bañar y fajar, con el fin de prestar ayuda o, al menos, de aliviar. Todo profesional joven, sin embargo, y entre nosotros, por regla general, el estudiante. venera la teoría, es iniciado en ella, se le impone, se le examina acerca de ella: en Alemania debe atravesar el estudiante cinco semestres de estudios teóricos antes de poder aproximarse al lecho del enfermo. Nos sentimos orgullosos de nuestra sabia preparación docente en los estudios superiores, y tenemos derecho a ello; mas no debemos olvidar que la actitud que así es enseñada tiende a crear una cierta distancia entre el médico y el enfermo. Ello tiene, como ya hemos afirmado, ventajas incalculables con respecto a la influencia ejercida por el médico sobre el paciente, precisamente por el «pathos de la distancia»; pero no carece de inconvenientes por

lo que se refiere a la comprensión del enfermo por parte del médico y con ello también para el diagnóstico. Aquí se abre una de aquellas grietas que las controversias en torno a la «Medicina oficial» ponen de manifiesto y que marcan una separación entre diagnosticador y terapeuta, entre «médico que teoriza» y «médico que cura» (como la formuló Erwin Liek).

El nihilismo terapéutico de la escuela vienesa del siglo pasado ponía todo el afán de la formación profesional en obtener «diagnosticadores», y todavía durante mi generación flotaba en las aulas la ominosa fórmula: «*Prognosis dubia, therapia nulla, ut aliquid, fiat, recipe*». Este nihilismo terapéutico y totalitarismo diagnóstico ha favorecido de modo incalculable el desarrollo del curanderismo.

La Medicina del siglo xx no considera el diagnóstico como un fin en sí, como el medio más seguro para lograr la terapéutica más eficaz. Pues (y esto es en realidad el alfa y omega de toda psicología clínica) el enfermo busca curación, no conocimiento, y para él constituye el verdadero médico aquel en quien se confía, el que vuelve a ponerle sano, sea del modo que sea. y no el que le explica qué es lo que le falta o le sobra y el por qué de esto. El médico debe respetar este concepto profano de la causalidad, que mira hacia el futuro, aun cuando él, en sus preguntas, se refiera al pasado y busque las causas en éste.

Lo respetará tanto más efectivamente cuanto más lo permita manifestarse. No ha de sonreírse simplemente ante él y encogerse de hombros carraspeando irónicamente; con ello tendería a destruir la base de un entendimiento con el enfermo. Desde luego, muchas veces hace falta emplear gran dosis de paciencia para tolerar los absurdos rodeos, las grotescas vinculaciones y las reglas imposibles que establece la concepción profana de la causalidad médica. A pesar de ello, ya que no hay modo de convencer de lo contrario al profano, es preferible dejarle hablar hasta aquel punto en que sus opiniones amenacen obstaculizar la terapéutica. Al llegar a este punto peligroso, el médico deberá estar dispuesto a presentar el ultimátum. Aparte de esto, el médico debe tener presente que el conocimiento teórico no ha puesto aún en claro, ni mucho menos, todas las vinculaciones causales, y que, por desgracia, existen muy pocas de éstas acerca de las cuales poseamos un

conocimiento inequivoco, sobre todo por lo que se refiere al organismo enfermo.

Hace apenas unos decenios que sabemos algo sobre las vitaminas y las hormonas, sus efectos fisiológicos y patológicos, y con anterioridad a este conocimiento el médico se reía de ciertas correlaciones que hoy nos explicamos mediante la presencia o por la carencia en dichas sustancias. Nada desaparece de modo tan seguro ante la realidad histórica de la ciencia como la vanidad científica ligada a los conocimientos de una determinada época.

El médico no se rebaja por prestar atención al concepto profano de la causalidad. También puede aprender de él: con respecto a lo general y con respecto a lo especial. En general, las concepciones profanas encierran experiencias milenarias que ha ido atesorando la sabiduría popular, aun cuando muchas veces se hallan contaminadas de superstición, y de las cuales no encontrará el médico nada en los libros de texto. A partir de dichas concepciones aprende en especial a conocer al hombre del cual se ha de ocupar, y quizá no consiga actuar psíquicamente sobre él si no conoce el concepto que éste tiene acerca de la causalidad de sus molestias, ya que a partir de las representaciones, de las ideas que tenga el enfermo a este respecto, se determinará en amplia medida la actuación psicofísica del médico y los efectos que así puedan obtenerse sobre una psicofisis ineducada.

8 En ocasiones no podrá prescindirse de una *anamnesis genealógica*, de precisar un sector de los antecedentes familiares. Para esto se requiere tacto y cuidado. El tacto es de recomendar, ya que incluso las gentes más sencillas toleran mejor que se les dirijan preguntas «delicadas» acerca de ellos mismos que acerca de sus padres o abuelos. Así, el interrogar acerca de una lúes padecida por el padre, no deberá realizarse jamás de un modo directo, sino más bien indirecto. De modo directo se preguntará tan sólo cuando se interrrogue al mencionado padre personalmente; el hijo queda entonces aparte.

Tampoco gustan los niños algo crecidos que se les pregunte acerca de una supuesta histeria de su madre. «*Nomina sunt odiosa*»: es preferible evitar las designaciones diagnósticas y hacerse informar exactamente acerca de cómo son los ataques y trastornos padecidos por la madre. Naturalmente, en determinados casos no se dejará traslucir la más mínima sospecha de una infección venérea, por ejemplo: cuando se trata de una viuda reciente que recuerda con auténtica pena y nostalgia a su buen esposo, ya que el daño que así podría ocasionarse sería incalculable. Debe ponerse asimismo cuidado, ya que los datos acerca de los antecesores pueden ser poco dignos de fiar, conocerse de oídas, proceder de leyendas familiares. El tío-abuelo que era hombre muy corrido y del cual ha heredado cualquier descendiente su granujería; la bisabuela polaca, rusa, francesa, italiana o criolla, de la cual proceden la prodigalidad, el genio vivo y el matrimonio equivocado de una descendiente; el abuelo que resucita en las malas calificaciones que obtiene su nieto en la escuela, deben ser admitidos con toda clase de reservas. Ocuparse más detenidamente de ellas no trae la mayoría de las veces ventaja alguna para el diagnóstico, el pronóstico o la terapéutica.

La «tara» sólo aparece allí donde puede demostrarse una morbosidad acumulada en los antecesores, y su investigación puede resultar entonces esencial para aconsejar en plan de médico de familia o como especialista, así, por ejemplo, acerca de un proyecto matrimonial.

Hay que considerar también con una gran dosis de desconfianza crítica las cartas o diarios íntimos de personas fallecidas. Ambas clases de documentos constituyen, en ocasiones, fuentes más que dudosas desde el punto de vista de la objetividad; no raras veces se trata de autodescripciones fantaseadas y exageradas, a veces de glorificaciones de sí mismos, y más rara vez de autoacusaciones y autoaminoraciones, sumamente subjetivas y escritas bajo la impresión de momento. Hace falta una grande y especial experiencia para leer entre líneas, en estos escritos, lo que en ellos hay de objetivo. Los recuerdos retrospectivos escritos para la familia y jamás publicados ado-

lecen de idénticos defectos: uno se calla ante el prójimo multitud de cosas delicadas y escabrosas; ¿quién es el que expondrá a la ligera, ante los propios hijos y nietos, los aspectos negativos del carácter de la esposa y los problemas íntimos del matrimonio? Es raro hallar alguien que, como cierto autor célebre, posea la suficiente robustez espiritual para narrar en sus memorias impresas sus aventuras estudiantiles y para consignar con satisfacción que encontró más tarde algunas de ellas convertidas en felices esposas.

En resumen: el acento principal de toda anamnesis genealógica ha de hacerse recaer sobre las averiguaciones indirectas y, por tanto, sobre el interrogatorio de terceros, y en la obtención de una verdad así conseguida y referente a hechos ya transcurridos, a partir de una certeza presente. Ello puede ser muy difícil, y así el averiguar si una lúes heredada procede del padre o de la madre resulta imposible de ser investigado con seguridad y mucho menos de ser preguntado directamente.

Ninguna anamnesis debe ser realizada por mera curiosidad, y el médico procurará evitar dar la impresión de que así lo hace, aunque se trate del médico de familia. Aquello de que se entere a través de conversaciones no profesionales puede resultar a veces valioso para establecer su juicio, pero deberá limitarse al interrogatorio acerca de cosas que son de su competencia, es decir, que corresponden a un exacto conocimiento, enjuiciamiento y tratamiento o profilaxis de la enfermedad. Las anamnesis sirven para el pronóstico, terapéutica, profilaxis (de recidivas), mas, sobre todo, para el diagnóstico, y éste constituye el corolario del reconocimiento.

9 La exploración propiamente dicha del enfermo (o del que se tiene por tal), ya hemos visto anteriormente que se halla múltiplemente entretejida con la anamnesis directa. A pesar de ello, podrá reducirse a un examen de la constitución en general, y también, como sucede en numerosas enfermedades agudas de la práctica corriente, la historia clínica en sí puede

ser tan insignificante que tras unas breves preguntas se pase inmediatamente a la exploración.

Debe ser tenido en cuenta que, para la mayoría de los sujetos, toda exploración médica (ya sea realizada por el médico de cabecera o por el especialista clínico, oficial, pericial o consiliar) significa un acontecimiento desde el punto de vista psicológico, hecho este último del cual el médico no se da exacta cuenta, de puro acostumbrado que está a ver enfermos. Existen pacientes en cuyo rostro, actitud y gestos se lee inmediatamente la emoción ante el reconocimiento médico, y a los cuales es preciso tranquilizar repetidamente para poder proseguir éste. Este tranquilizar se logra con cuidado, paciencia y comprensión, procurando ponerse en el lugar del paciente.

Evitaremos toda rudeza de modales. Una actitud de broma inofensiva, de buen humor, puede contribuir a tranquilizar enfermos excitados o inquietos, y contribuye asimismo a aminorar las preocupaciones pesimistas por parte de los pacientes. Cuando el temor del paciente se halla justificado, por ejemplo, en caso de síntomas que son propios para inquietar, y que quizá han despertado en él las sospechas de padecer una tuberculosis, un cáncer, una arterioesclerosis u otra grave dolencia, debe conservar el médico su calma imperturbable frente al cliente, cuyo estado de temor e inquietud puede dificultar considerablemente la exploración, y procurar hablarle con bondad y paciencia. Los médicos, como pacientes, suelen ser en casos análogos muy inquietos. Tanto es así, que muchos no se hacen reconocer a tiempo por miedo ante un diagnóstico grave, cuyo pronóstico conocen demasiado bien.

Indudablemente existen casos aislados en los que toda bondad resulta inútil y que únicamente son susceptibles de ser tranquilizados mediante una seca advertencia, en especial cuando se trata de niños, los cuales a veces no entran en razón hasta que se les amonesta severamente. Mas también sucede así a veces en las personas adultas. Las maneras secas y bruscas no deben convertirse en una mala costumbre para el médico que explora; el médico que se irrita demasiado fácilmente no es mucho mejor que su temeroso e irritable paciente, y

se pone a la misma altura de éste, perdiendo así el prestigio y la eficacia.

No siempre pueden evitarse dolores al explorado. Naturalmente, habrán de ser evitados en lo posible, y esto es algo que debe aprender el clínico: al realizar palpaciones, tactos; al verificar manipulaciones digitales, al hacer exámenes oftalmológicos, en la rinoscopia y laringoscopia (tracción de la lengua); al sondar, hacer cistoscopias, etc. Mas a veces no habrá más remedio que proceder a la exploración aunque se provoque gran dolor en algún sitio, y no es posible evitarlo mediante anestesia o narcosis. La moderna supresión del dolor tiene aquí también un límite, más allá del cual resulta absurda. Mas el dolor que sea inevitable provocar, debe ser limitado en cuanto a intensidad y, sobre todo, en cuanto a extensión. Deben evitarse rigurosamente los dolores secundariamente provocados en puntos sanos a causa de una exploración poco hábil. Se evitará asimismo obligar al paciente a mantenerse en posturas inútilmente incómodas, fatigosas y molestas durante la exploración (agachado, erguido, con los brazos levantados, con la boca abierta durante demasiado tiempo, etc.).

Debe otorgarse una importancia especial a la enseñanza de la exploración clínica. Es imprescindible que el futuro médico aprenda su técnica sobre el cuerpo vivo del paciente, pues, de lo contrario, torturará más adelante, inútilmente, a sus enfermos, para no obtener ningún resultado. Siempre han existido muchos pacientes de «tercera clase» a quienes agrada el trato con estudiantes jóvenes, y que aguantan sin demasiadas protestas los torpes ensayos de aprendizaje de éstos. Existen clínicas en las cuales resulta especialmente duro cumplir esta exigencia del aprendizaje. Aparte de la clínica ginecológica, en la cual debe ser severamente preservado el natural pudor de las pacientes (que desde luego no se debe tomar ni como melindrosidad ni como afectación), nos referimos también en especial a la clínica oftalmológica, en la cual son a veces realizadas exploraciones de agudeza visual, de empleo de lentes, de visión para los colores, por parte de jóvenes estudiantes que no ponen el suficiente cuidado en no provocar molestias intensas

al paciente, tales como fuerte lagrimeo, fotofobia, etc. No hay que considerar al paciente de policlínica como un conejo de Indias para estudiantes, y mucho menos cuando en la actualidad cuidamos de producir el menor daño posible, incluso a los animales de experimentación.

El estudiante debe aprender a dominar sus manifestaciones durante la enseñanza clínica práctica. Toda frase imprudente deberá ser reprimida, pues no debe suceder que el enfermo se entere de un diagnóstico o pronóstico infausto que le es ocultado cuidadosamente por los médicos y enfermeros a causa del afán de lucimiento o los comentarios en alta voz por parte de los estudiantes. Esto deberá ser severamente combatido mediante las oportunas sanciones escolares. En general, junto al lecho del enfermo o en el local de consulta, en la clínica o en la policlínica, no deben tolerarse charlas bulliciosas, chistes o juegos de palabras. Si se aflojan un poco las riendas en este sentido, se establece muy fácilmente un ambiente impropio de un hospital. Debe ser combatido esto muy rígidamente, sobre todo en la clínica psiquiátrica, donde es más fácil que surja, debido a las numerosas situaciones bizarras y a veces grotescas que pueden producirse. Esto se consigue únicamente si el jefe de clínica evita todo tono de broma fácil durante las presentaciones clínicas y la visita a las salas.

• El tipo del cínico estudiante de Medicina es una figura muy anticuada, exactamente lo mismo que el médico de familia «campechanote» y el catedrático que hace chistes subidos de color. Son personajes a los cuales no se debe echar de menos. La profesión médica es sinónima, como toda profesión que implique responsabilidad y dirección espiritual dentro de la sociedad humana, de dominio de sí mismo y renuncia; podría expresarse precisamente así: renuncia por dominio de sí mismo.

Las personas que han de guiar a las demás no deben dejarse arrastrar por sus propios impulsos y pasiones. Esto constituye para ellas un deber que corresponde justamente a su derecho a la estimación social, y en el cual deben constituir un ejemplo para aquellos a quienes guían. Precisamente en esta ejemplaridad reside su fuerza psicológica efectiva. Si

aquélla es tomada a broma, de nada sirven toda la técnica y toda la rutina de la práctica profesional, o, a lo sumo, se alcanzan tan sólo sensacionales éxitos momentáneos.

«El traidor no duerme», dice un proverbio, y para el autodominio del médico es preciso el dominio sobre los propios gestos al explorar, ya que éstos pueden traicionar fácilmente aquello que el que explora está pensando acerca del diagnóstico y del pronóstico, y este traicionar es peligroso con respecto al enfermo. Yo mismo, como paciente, he conocido a cierto especialista, por otra parte muy competente, que no podía quitarse la costumbre de murmurar entre dientes, mientras realizaba el reconocimiento, todo género de comentarios diagnósticos, acompañados de encogimientos de hombros, oscilaciones de cabeza y otra mímica semejante. Esto no debe suceder.

Ninguna exclamación y ningún cambio de fisonomía debe traicionar lo que piensa el médico para sus adentros. Si la preocupación del enfermo se halla enfocada sobre una determinada región de su organismo, se puede decir después de reconocer ésta: «Desde el punto de vista orgánico, su corazón está intacto», o bien: «La medula espinal está sana», o, en casos de molestias oculares: «Desde luego no hay un glaucoma» o «Hay que descartar en absoluto un carcinoma del recto», o, en caso de un catarro vesical: «El riñón se halla intacto». Obrar así suele influir también la mayoría de las veces muy favorablemente sobre el resto de la marcha de la exploración. El médico no debe creer nunca que el paciente no va a entender los vocablos científicos o las abreviaturas que emplee para diagnosticar, incluso abreviaturas tales como T. P., P. G. P. o, en alemán, T. b. (tabes), sigma (sífilis); a pesar de su aspecto exotérico, son conocidas por gran parte del público, y en cuanto a las frases o palabras latinas, el cliente no precisa sino de haber aprobado unos años del bachillerato para comprender su sentido. Por otra parte, constituye una crueldad el hacer esperar sin necesidad al paciente por el fallo del médico. En cuanto se tenga un juicio acerca de lo que padece el enfermo, se le debe comunicar a éste, si es que dicho juicio es susceptible de

ser comunicado. Acerca de esto trataremos más extensamente en relación con el establecimiento del diagnóstico.

Hay que hacer observar otra cosa: la tecnificación en alto grado del arte médico ha creado en parte unas circunstancias, por lo que se refiere al reconocimiento y a la exploración, que prolongan para el paciente la tortura de la espera en la incertidumbre. Radiografías, determinaciones del metabolismo, reacciones en sangre, biopsias, exploraciones microscópicas, suelen precisar de días enteros hasta que se conocen los resultados. Estos períodos de espera, que suelen ser molestos para el paciente, no deben ser prolongados sin necesidad. El resultado debe ser dado a conocer en cuanto sea posible (siempre que no haya que ocultarlo por algún motivo); pero hasta que se sepa, ni el médico ni el personal auxiliar deben dejar traslucir nada que aumente la inquietud del enfermo. Si a un cirujano, por ejemplo, se le ocurre decir (después de la extirpación de un pólipo rectal y frunciendo el entrecejo): «Tenemos que comprobar al microscopio, no sea que vaya a haber un pequeño carcinoma» (palabras que yo mismo he escuchado, siendo el examen ulterior de la pieza completamente negativo), el enfermo es precipitado así durante días enteros en una terrible ansiedad ante su presunta «sentencia de muerte». El cirujano, en este caso, y aun cuando tuviese la sospecha de que el tumor era maligno, debería haber mostrado confianza ante el enfermo. De confirmarse el diagnóstico, la situación ya sería por sí bastante seria.

A causa de los motivos mencionados resulta también preferible realizar toda exploración completa, es decir, sin intercalar innecesariamente intervalos. Es preferible hacer esperar a un par de clientes en la antesala, que no que el médico, por consideración a ellos, interrumpa y aplace para otro día un reconocimiento ya comenzado y que se estima como demasiado largo para ser realizado de una sola vez. El paciente se queda entonces dudando si es que no le habrán encontrado algo muy importante, y se pasa todo el tiempo hasta el próximo reconocimiento sumido en cavilaciones hipocondríacas.

La repetición de exploraciones a intervalos regulares, tal

como puede hacerse necesario después de tumores malignos operados, en tuberculosos, esclerosis coronarias, diabéticos, deberán tener lugar muy regularmente, y no según el capricho del enfermo o del convaleciente. La puntualidad constituye aquí un factor que contribuye a tranquilizar. Estos reconocimientos repetidos no deben realizarse muy próximos entre sí, pues el resultado negativo y repetido hace que el paciente se confíe y se descuide, pasando quizá de la raya y poniéndose en peligro. Requiere mucha experiencia establecer los plazos de modo correcto, tanto desde el punto de vista fisiopatológico (profiláctico) como psicológico. Se trata de cosas que aprende el médico, de modo auténtico y cada vez más perfecto, tan sólo cuando comienza a ejercer su práctica profesional. Mas la enseñanza facultativa debe aludir a ellas, como en general debe procurar hacer ver constantemente al estudiante lo mucho que aún le resta por aprender una vez obtenido el título.

III.—DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

10 En el establecimiento de un diagnóstico entran en juego momentos psicológicos por ambas partes. Por parte del médico, podemos diferenciar dos tipos de diagnosticadores: el intuitivo y el discursivo. La intuición diagnóstica, cuya manifestación más conocida es el diagnóstico «de impresión» o «a primera vista», puede ser congénita, mas también puede haber sido adquirida a través de una larga experiencia. El segundo tipo suele ser el más merecedor de confianza, mientras que el primero es tan sólo digno de ella cuando la intuición congénita ha sido «discursivamente» educada a fondo. Las dotes naturales poseen en sí algo que seduce y que muchas veces deslumbra, pero habitualmente fallan, si es que permanecen sin una educación racional, ante dificultades especiales o cuando se las utiliza durante mucho tiempo seguido. Sabido es que los que poseen excelentes dotes naturales para el canto, pero que no las han cultivado, pierden muchas veces facultades antes de tiempo, y lo mismo sucede con respecto a la natación, pues los nadadores con buena disposición natural para este deporte, pero sin entrenamiento, rara vez alcanzan primeros puestos, sobre todo por lo que se refiere a resistencia. En algunos curanderos existe sin duda una elevada intuición diagnóstica. Son capaces de decirle inmediatamente al enfermo cuál es su punto flaco, pero con idéntica frecuencia incurren en graves errores. Se valen de una osadía para aconsejar que es propia de todos los adivinos, «clarividentes», quirománticos, cartománticos, horoscopistas, etc.

El médico en ciernes no debe abandonarse jamás a su intuición diagnóstica, incluso allí donde ésta le ofrezca la más

evidente impresión a primera vista. Constituye para él un deber de conciencia justificarse a sí mismo de un modo discursivo, racional y mediante la exploración más exacta, esta adivinación. Existe un proverbio alemán que dice que «el maestro puede romper el modelo», pero esto es en ocasiones. Los auténticos maestros de la clínica, sin embargo, nunca se creyeron dispensados de explorar muy cuidadosamente, de constatar y de deducir a partir de ello las oportunas consecuencias. Unicamente de este modo puede desarrollarse positivamente una valiosa intuición diagnóstica, que no implique ya peligros y que sea verdaderamente capaz de intuir, de sentir, allí donde la exploración no alcance a demostrarlo. Un servicio importante desde el punto de vista terapéutico, y que podría ser prestado por la intuición diagnóstica, sería el siguiente: adelantarse a los hallazgos exploratorios que pueden ser discutibles y deducir la malignidad de una enfermedad a partir del aspecto, de la actitud, de los primeros signos precursores de un total derrumbamiento, aun antes que se haya confirmado el diagnóstico local.

> Hace unos decenios, un funcionario que yo conocía padecía una ciática rebelde. Fué sometido a diversas curas, pero las mejorías eran muy efímeras. Le reconoció un cirujano, el cual sospechó una neoformación maligna en la pelvis, aconsejando la intervención. Con el fin de asegurarse mejor, el paciente se dirigió a otra clínica, donde le fué practicada una radiografía (las cuales por entonces eran muy imperfectas) y cuya investigación fué negativa. Medio año después comenzaron a hacerse notar rápidas manifestaciones de decadencia. El enfermo murió a consecuencia de un sarcoma que se había convertido en inoperable y que, como demostró la autopsia, habría podido ser extirpado con toda probabilidad de éxito algunos meses antes. El primer diagnóstico, como escuché de los propios labios del que lo realizó, se había apoyado sobre todo en la impresión general que daba el paciente: «Una simple ciática no tiene ese aspecto».

Aquí aparece bien patente la importancia del «hombre enfermo» considerado como un todo (como «totalidad», para expresarlo según la moda) en un momento en que la enfermedad

no es aún diagnosticable. Mas esta antítesis no debe ser sobrevalorada y llevada a consecuencias extremas. Si el hombre, considerado como un todo, se halla enfermo, es debido tan sólo al hecho de encontrarse atacado por una determinada enfermedad, y según cual sea ésta varía su modo de estar enfermo: un tuberculoso es un «hombre enfermo» muy distinto a aquel que padece una úlcera duodenal o un carcinoma del recto, a un enfermo de esclerosis coronaria, o un tabético, un atacado de neumonía, un septicémico o un leucémico. Cuando alguien contrae una apendicitis gangrenosa, su apéndice debe ser extirpado; el simple tratamiento del «hombre enfermo» ha arrastrado a la tumba a miles de casos análogos. A base de reposo en cama, compresas de alcohol, opio o aceite de ricino, curas de hambre, se les hace morir de modo más o menos suave, pero seguro. La insulina prolonga durante decenios enteros la vida de millones de diabéticos esparcidos por todo el mundo, que preferían ser simplemente tratados como «hombres enfermos» a base de una dieta. Recuérdese cuántos cancerosos mueren todavía innecesariamente por tratarlos considerándolos como «totalidad», por medio de curas climáticas y balnearias, sobrealimentación y tónicos, en lugar de operarlos a tiempo.

Los grandes éxitos de la moderna Medicina, tanto profilácticos como terapéuticos, han sido logrados mediante una investigación cada vez más exacta de las diversas enfermedades. Desde luego, al tratamiento de la enfermedad conviene unir muchas veces el tratamiento del enfermo, y el concebir a éste como «hombre enfermo» puede también ser conveniente para el conocimiento de su enfermedad. Mas esto continúa poseyendo tan sólo el significado de una etapa diagnóstica. El deber del médico concienzudo es proseguir el camino que va del «hombre enfermo» a la enfermedad, guiado por la pregunta ¿por qué causa y de qué está enfermo este hombre? La Medicina científica busca diagnósticos de enfermedades, no diagnósticos de «estar enfermo». El mismo enfermo sabe ya casi siempre que lo está; es el médico quien debe decidir el por qué.

11 ¿Pero es que realmente debe decírselo? Con esta importante pregunta nos referimos a los momentos psicológicos que preceden en el paciente al establecimiento de un diagnóstico, o que tienen lugar al verificarse éste. Su importancia afecta al «logos» médico y a la ética profesional, y precisamente con respecto a esta última ha variado radicalmente el criterio durante los últimos cien años, hasta llegar a concepciones diametralmente opuestas.

Un diagnóstico grave supone un duro golpe para el paciente. Esto lo olvida fácilmente el médico, pues para él constituye la enfermedad el pan cotidiano, y la muerte, algo habitual. El paciente escucha palabras tales como carcinoma, tuberculosis, esclerosis coronaria, tabes, como si se tratase de una sentencia de muerte. El médico, sin embargo, se halla determinado por la esencia de su profesión como salvador y custodio de vidas humanas. Su misión no consiste, como la del juez, en pronunciar sentencias punitivas o represivas, ni en preparar el alma para un más allá, como hace el sacerdote, sino que debe ser un conocedor de los modos de curar, conservar y prolongar vidas humanas, devolver a los enfermos la salud y el vigor, de mantener alejada o ahuyentar la enfermedad, o cuando esto no sea posible, aliviarla y hacerla más llevadera. Si se deja desviar lo más mínimo de esta su misión profesional, toda ella se verá amenazada. A nadie le será posible trazar el límite en que se detendrá el médico a quien deje de preocuparle la conservación de vidas humanas; la eutanasia no significará para él una dulcificación de la muerte cuando ésta resulta ya inevitable, sino provocación y aceleración de la misma. Vida, salud y vigor constituyen la triada de valores que deben representar para el médico los objetivos de su misión profesional y por lo que se ha de determinar y reglamentar su modo de actuación. No hablamos aquí como moralistas, pero psicológicamente comienza a vacilar todo para el médico en cuanto se aparta un solo paso de este granítico fundamento de su misión.

Existe algún caso, afortunadamente raro, en que puede verse obligado a decidir entre la conservación de una vida valiosa y de otra menos valiosa; mas aquí tampoco debe obrarse

sino en último extremo. Psicológicamente, la confianza del enfermo en el médico se basa en que sabe que éste, incondicionalmente, está dispuesto a salvar su vida. Toda sospecha de que el médico, en determinadas circunstancias, no ha de obrar en este sentido, enturbia esta confianza, la cual constituye la dominante en la relación enfermo-médico. Dicha premisa básica ha de ser incluso defendida por el médico por encima de los impulsos momentáneos, que hacen que el enfermo exija una actitud distinta por parte de aquél. En este caso, el médico no deberá dejarse arrastrar y convencer, aunque el enfermo le suplique que ponga en sus manos los medios para suicidarse. Cuántos depresivos habría que, de no haberse mantenido firme el médico ante sus ruegos, no habrían vivido después decenios enteros, completamente sanos y desplegando su actividad normal

Ya que para el restablecimiento de la salud se precisa también de la voluntad de sanar por parte del enfermo, o en todo caso pueden corresponder en grado difícilmente calculable; ya que, allí donde no es cuestión de vida o muerte, depende el que se disponga de más o menos salud y vigor, de la confianza y de la voluntad que en ellos se mantengan; y, finalmente, ya que en múltiples casos incluso el médico más competente puede no estar absolutamente seguro de su diagnóstico y su pronóstico, sino hallarse equivocado, no puede constituir una misión del médico privar al enfermo de aquellos apoyos, informándole de un diagnóstico que le provoque una incalculable conmoción psíquica y que incluso le produzca un choque afectivo y una paralización o debilitamiento de su voluntad de vivir, de sanar y de recuperar las energías perdidas. Aparte de que dicho diagnóstico pueda ser quizá erróneo. Aunque los moralistas rigurosos (como KANT) coloquen a la verdad por encima de todo, sin tener otras consideraciones en cuenta, hace dudar acerca de la rectitud de aquéllos el que ninguna de las grandes religiones de la Humanidad exija este postulado ético y no conviene seguirlo al pie de la letra sino cuando se trata, con absoluta certeza, de la verdad. Ya en la vida cotidiana existen muchas gentes que confunden la verdad con simples opiniones y estados

de ánimo completamente subjetivos, sobre todo aquellas que se alaban a sí mismas de «decir la verdad en la cara» a los demás. Raras veces podemos estar plenamente seguros acerca de la verdad, y seguramente tan poco moral es dar como verdad el propio error, como moral resulta reservársela o atenuarla ante alguien que no podría tolerarla. El enfermo no precisa solamente de cuidados físicos, sino también psíquicos. Estos últimos corresponden también al tratamiento, y deben ser tenidos en cuenta tanto por el médico como por la enfermera, el enfermero, los parientes y los amigos. Comienzan ya al hacer la anamnesis, al evitar aquellas preguntas que pueden excitarle inútilmente o al formularlas, en caso de que sean imprescindibles, de modo cuidadosamente meditado. También la duración del interrogatorio deberá ser limitada; estos cuidados hay que tenerlos también en cuenta al dar el diagnóstico.

En ningún caso será pronunciada ante el enfermo la palabra «incurable». Si acaso existen lesiones que no cabe ocultar (cavernas, parálisis, lupus, artritis, desprendimientos de retina, otoesclerosis), deberán ser presentadas como estacionarias y, a ser posible, como compensables, del mismo modo como se hace por convencer al amputado de que al cabo de algún tiempo no echará apenas de menos el miembro que le falta. Este criterio se ha ido adoptando cada vez más decididamente durante los últimos cincuenta años, frente a la brusquedad de algunos de los antiguos médicos, que no vacilaban incluso en lanzar al rostro del enfermo su propia sentencia de muerte.

Existen denominaciones diagnósticas que incluso para el profano son sinónimas de «incurables». Hace un par de generaciones que contaba entre ellas la palabra «tisis». A la cabeza de dichas denominaciones se halla la palabra «carcinoma». Kracke, el fallecido cirujano de Munich, llegó incluso a postular en su libro «Del médico y sus enfermos» (1932) que se prohibiese terminantemente esta palabra ante los pacientes. El carcinoma no debiera existir por lo que se refiere al diálogo entre médico y enfermo. Extiende también esta prohibición a los más próximos parientes del enfermo; tampoco al hablar con ellos debe mencionarse jamás el cáncer. Este rigorismo ha sido

discutido. De hecho va demasiado lejos, ya que precisamente desde el punto de vista psicoclínico hay que mencionarlo, puesto que existen no pocos sujetos que no se deciden a una terapéutica activa sino cuando se les pinta vivamente el peligro que corren, y en caso contrario dejan seguir su curso a las cosas y se confían en que la naturaleza haga que todo vuelva a su orden, o en dudosos remedios caseros.

En casos tales, el médico se haría responsable de fomentar esta negligencia frente al peligro, si quisiera ocultar la gravedad, la mortal gravedad de la situación. Lo que ha de decirse se puede decir con cuidado: «Aquí comienza o aquí amenaza un tumor que parece de mala índole; si se interviene rápidamente, se puede curar; pero todo retraso empeora la probabilidad de curación total; si usted se opera inmediatamente, sanará del todo e incluso podrá alcanzar una edad muy avanzada.» En los casos inoperables se obrará de otra manera. Aquí resulta oportuno aquel rigor que mencionábamos antes, y en todo caso es de usar en el momento de pronunciarse sobre el diagnóstico. Constituiría una crueldad inaudita decirle al paciente: «Tienes cáncer, pero no es posible extirparlo», ya que esto significaría: «Te vas a morir y de un modo lento y doloroso». Con ello se haría dudosa toda voluntad por tolerar el dolor. Aquí el médico deberá quitar importancia, deberá banalizar las cosas con el fin de elevar la moral del enfermo. Más tarde, cuando llegue aquella fase en que ya no pueda ocultarse lo desesperado de la situación, el médico podrá verse obligado a exponer, sin miramientos, el pronóstico al enfermo condenado a muerte a pesar de toda la eupatía que puedan proporcionar los medicamentos analgésicos y euforizantes. Pues no pocos enfermos desean hacer testamento, ver por última vez a parientes que residen lejos, recibir los consuelos de la religión. Con respecto a tales situaciones no es posible establecer reglas fijas. Afortunadamente, el médico joven se verá rara vez obligado a enfrentarse con ellas. Unicamente por medio de un tacto que es producto de la experiencia de la vida resulta posible superarlas.

12 En las enfermedades crónicas, diagnóstico y pronóstico se hallan inseparablemente unidos.

En líneas generales puede darse la siguiente regla general: hay que presentar al enfermo todo pronóstico lo más favorablemente que sea posible. La seguridad del médico por lo que al pronóstico se refiere resulta aún más relativa que con respecto al diagnóstico, y de ahí la salvedad implícita en la regla anterior. Esta relatividad en cuanto al pronóstico puede referirse tanto al aspecto cualitativo como al cuantitativo del futuro curso de la enfermedad. El médico experimentado sabe cuántas sorpresas pueden surgir, tanto en las características del padecimiento como en la duración de la enfermedad. Los casos de escarlatina, neumonía, grippe común, tifoidea, que pueden calificarse como «de libro», no son, desgraciadamente, la mayoría, ni mucho menos. Incluso un vulgar catarro de intestino grueso, un catarro de vías aéreas, un herpes zona, una ciática, pueden resultar de una duración y unas características imprevisibles.

La *siringomielia* de un famoso sabio alemán ha durado más de cincuenta años. Se inició (como él mismo me refirió muy detalladamente) poco después de los treinta años y durante un viaje, y el paciente llegó a alcanzar con su enfermedad una edad de más de ochenta años.

Sabemos con cuanto retraso puede aparecer una *tabes dorsal.*

La *parálisis general progresiva* de Federico NIETZSCHE duró, en período florido de parálisis y demenciación, once años. Sus primeros síntomas premonitorios seguros aparecen alrededor de 1884-85; así es que en total se prolongó decenio y medio.

HÖLDERLIN, que enfermó gravemente de *esquizofrenia* a la edad de treinta y dos años, llegó hasta los setenta y tres, durando por tanto la enfermedad más de cuarenta años.

Todo médico experimentado sabe muy bien lo difícil que es calcular las probabilidades de duración de las tuberculosis pulmonares, así como de las esclerosis coronarias, nefrosis crónicas, apoplegías e incluso de las artritis graves.

Lo mismo puede decirse, con respecto a los glaucomas, los desprendimientos de retina, varices ulceradas, esclerosis múltiples (con sus correspondientes fases estacionarias y remisiones que se prolongan durante años).

En todos estos casos puede solamente mantenerse el valor para vivir, e, intimamente unido a esto, cierto grado de voluntad y capacidad de rendimiento, si se inspira constantemente al enfermo la esperanza en una curación total o parcial, en que su padecimiento puede detenerse o mejorar. No existen trucos más obligados para el médico que los que persiguen esta finalidad. La psicología del enfermo crónico exige siempre del médico que le trata que éste haga algo «de teatro». Cada profesión tiene su correspondiente «papeleta», que debe resolver según las circunstancias si se quiere cumplir con el deber: el educador y el sacerdote se ven con frecuencia obligados a poner caras serias en ocasiones en que preferirían sonreír y perdonar, o, por el contrario, procurar armarse de paciencia en casos en los que querrían enfadarse y regañar.

Corresponde al papel del médico mostrarse pleno de confianza allí donde sabe muy bien que no existe esperanza alguna. Una buena parte del efectivo éxito que obtienen en algunos enfermos crónicos los charlatanes y curanderos corresponde a esta aptitud para no salirse del papel correspondiente a una ilimitada confianza en la curación. Este sector de la psicología clínica no será nunca lo suficientemente considerado. El pronóstico pleno de confianza constituye con frecuencia un imprescindible elemento de la efectiva terapia. El que arranca a un enfermo la fe en la curación y el valor de vivir, contribuye a matarlo.

Hacer el papel de que se confía en el pronóstico favorable corresponde al auténtico *ethos* del verdadero médico, ya que entra a formar parte de las condiciones psicológicas de la voluntad de vivir por parte del enfermo. Así se ve claramente cómo se derivan directamente postulados éticos profesionales a partir de concepciones de la psicología profesional.

También a la cabecera de aquellos enfermos que aparentemente yacen apáticos, somnolientos, estuporosos, deberá ser el médico sumamente prudente al hablar a los familiares o al personal auxiliar acerca del infausto pronóstico del caso. Tampoco aquí debe perder de vista el papel que le corresponde desempeñar, ya que a veces las palabras pronunciadas por el médico

podrian llegar a ser captadas por el enfermo, a pesar de su estado, arrebatándole entonces los escasos ánimos y tensión vital que le resta. En la actualidad nos explicamos mejor que hace unos cuantos decenios todas estas correlaciones psicofísicas, ya que conocemos la extraordinaria labilidad psicógena del sistema nervioso vegetativo y cómo a partir de ésta pueden determinarse oscilaciones en el tono de los órganos por él inervados, así como sobre las funciones de los mismos.

Haber demostrado experimentalmente estas correlaciones y haberlas puesto fuera de toda duda constituye un mérito imperecedero del hipnotismo científico y, en especial, de la escuela de Nancy. Precisamente el paciente muy apático y que yace sumido en una obnubilación, en una somnolencia o un estupor, sin participar en cuanto suceda a su alrededor, suele encontrarse muy frecuentemente en un estado hipnoide. En éste, no solamente se halla abierto para las impresiones sensoriales que pasan desapercibidas al sujeto despierto y sano (y que, por tanto, también para palabras pronunciadas en voz baja, para las miradas o los gestos significativos que cruzan en silencio los que les rodean), sino que asimismo puede hallarse considerablemente aumentada la influencia sentida por su «timopsique», a través del sistema autónomo, sobre los órganos y tejidos. No puede calcularse, pues, el efecto que puede producir sobre él el cuchicheo entre los presentes, sus gestos y sus miradas. El médico debe aprender a aparentar una actitud confiada y procurar conservarla incluso en estos casos, sin dejar traslucir el juicio que le merece la gravedad de la situación. Este consejo rige naturalmente también para cuantos constituyen el personal auxiliar, así como para aquellas personas que acudan a visitar al enfermo, pues no es raro que tales visitas ocasionen con sus imprudencias un daño mayor que el que a primera vista pudiera parecer.

Más delicado resulta para el médico comunicar a los más próximos parientes del enfermo incurable el pronóstico acerca de éste. Si son ellos mismos los que se encargan de cuidar al enfermo, hay que procurar dos cosas: que no se debilite su voluntad de continuar cuidándole y que a través de ellos no lle-

gue a cundir el desánimo en el paciente; que éste no lea lo desesperado de su situación en los preocupados y tristes rostros de sus familiares.

Lo primero es esencial en el caso de que los parientes del enfermo sean profanos en Medicina. Pues las personas que se encargan de atender enfermos profesionalmente (la mayoría de las veces se trata de una enfermera) no se hallan tan sujetas como aquellas a oscilaciones en su voluntad de proseguir cuidando, oscilaciones causadas por la esperanza o la desesperanza acerca del estado del paciente. Al escoger su profesión deben adoptar asimismo el papel correspondiente a la misma, lo cual supone un buen humor sereno e imperturbable, un «keep smiling», aunque en su interior se sientan disgustadas, irritadas o desanimadas y sin esperanza.

La misión de cuidar enfermos exige un espíritu alegre y abnegado. Las enfermeras malhumoradas, amargadas, gruñonas o impacientes y descorteses no deben ser toleradas y en ningún caso se permitirá que atiendan directamente al enfermo. Si no es posible desprenderse de ellas, se las relegará a la cocina, o a un puesto administrativo; pero no se las ocupará tampoco en la recepción de enfermos, pues también en este último servicio debe regir aquél espíritu de confianza en la curación que ha de constituir la nota básica y dar el tono a todo el establecimiento. Mas lo que rige con respecto al personal auxiliar y profesional no puede hacerse extensivo, sin más, a los parientes, amigos o auxiliares sin preparación, ya que sus reacciones dependen en grado mucho mayor y más directamente de lo que al enfermo acontezca, así como del juicio establecido por el médico acerca de la enfermedad, es decir: de su actitud pronóstica. Dicha actitud debe ser, hasta el último límite de lo posible, esperanzadora, llena de confianza. Pues por mucho amor que profesen al enfermo sus parientes, éstos no pueden impedir que la certeza acerca de la desesperada situación de aquél se refleje en sus actitudes, en sus rostros y, sobre todo, que paralice las energías para seguir cuidándole, por mucha que sea la voluntad de hacerlo. El médico procurará inculcar a cada uno de los que cuidan al enfermo la creencia siguiente: «yo puedo, por medio

de mis cuidados y de mis atenciones, aportar mi grano de arena a la curación, a la mejoría», lo cual constituye la mejor salvaguardia y afianzamiento de la capacidad para cuidar y atender al enfermo.

Aquellas situaciones y constelaciones en las que puede constituir un deber para el médico el desengañar a los allegados del enfermo acerca de la posibilidad de alguna esperanza, corresponden, desde el punto de vista moral, a las más delicadas que pueden darse en la profesión, ya que en el fondo rebasan los límites de la misión y actitud propiamente médicas. Puede tratarse, en estos casos, de exigencias planteadas por necesidades de tipo económico: hacer testamento, disposiciones referentes a asuntos de negocios, busca de un sucesor, etc. El médico puede colocarse así fácilmente en una falsa posición, dejándose convencer, sin que exista una auténtica necesidad, para dar a conocer un pronóstico que de este modo se le obliga a comunicar y que incluso puede ser utilizado con fines egoístas. En esto se revelaba también una de las ventajas del antiguo médico de familia, el cual se hallaba mejor informado acerca de las circunstancias reinantes en esta última, y que gracias a este conocimiento obraba en uno u otro sentido, según los casos.

De todos modos, la existencia de una familia, el porvenir de unos niños, la continuidad de una firma comercial prestigiosa pueden en ocasiones depender de que los más próximos allegados conozcan exactamente cuánto ha de vivir aún un enfermo, o si es que éste ha de quedar para siempre convertido en un inválido, un ciego, un ser inútil fijado a su silla de ruedas para el resto de sus días. Aunque el médico considere oportuno exponer su juicio pronóstico en estos casos, no debe dejar de recomendar muy expresamente que se mantenga frente al enfermo una actitud esperanzada.

Más difícil aun puede resultar la situación allí donde la fe metafísica, la piedad religiosa del paciente o de la familia de éste, o las demandas del director espiritual exijan la notificación, sin reservas, del pronóstico, con el fin de que le sean administrados al enfermo los Sacramentos, los consuelos de la Religión, para que pueda orar reunido con los suyos. Aquí pueden

surgir discrepancias entre el médico y el teólogo, entre el hombre de ciencia y el sacerdote, las cuales, en ocasiones, corresponden a una pugna entre librepensamiento y fe religiosa, dando lugar a discusiones que, como es natural, no deben realizarse a la cabecera del lecho del enfermo. El médico deberá intervenir lo menos posible en cuanto roce o se refiera a estas cuestiones. No será él, sino los más próximos allegados, o un amigo de confianza, quienes aconsejarán al enfermo la necesidad de recurrir a los auxilios de la Religión y, a ser posible, no diciéndole que lo debe hacer por hallarse próximo a su fin, sino porque, dada la gravedad de su enfermedad, sería mejor que se preparase por si pudiera suceder que los acontecimientos tomasen un giro desfavorable. El inopinado surgir del ministro del Señor puede incluso obrar como un auténtico choque emotivo y tampoco el sacerdote tiene derecho a acelerar una muerte. La preparación del enfermo a bien morir no debe adelantar el fallecimiento. Las precauciones a adoptar deberán ser tanto mayores con respecto a aquellos pacientes que son librepensadores, que hace largo tiempo que no practican, ya que la súbita aparición del sacerdote es para ellos indicio seguro de que ha llegado su última hora.

Y desde el punto de vista psicológico-religioso, podríamos agregar aún que la alegría de presentir un más allá no es, con frecuencia, e incluso para personas muy creyentes, tan absoluta que cuando dicho «más allá» se aproxima no se aferren con todas las fibras de su ser, y en una postrera esperanza, a esta vida terrenal. Y a esto último les deberá ayudar, con la conciencia absolutamente tranquila, el médico, pues su misión consiste en conservar a sus enfermos para un «más acá». Un viejo médico práctico, fallecido hace largo tiempo, me afirmó en cierta ocasión que en análogas situaciones (que él vivía frecuentemente, pues ejercía entre una población muy piadosa), él acostumbraba decir en tono de broma: «En fin: no es para tanto, pues recibir la Extremaunción significa que le espera a usted una vida muy larga». Aquel que posee el aplomo y el tacto suficientes para hacer gala de un fino humor de este género, que apele a él en estos casos.

13 *Pronosticar* supone para el médico una autoeducación y autocontrol incalculables. Esto debe subrayarse, ya que existen médicos que durante el curso de una larga experiencia van desprendiéndose de la necesidad de hacer pronósticos, diciendo que no tienen finalidad alguna, que constantemente se equivoca uno y se pone en ridículo, que el pronóstico no es más que un juego teórico. Este escepticismo es análogo al que afectó, durante cierto tiempo, a otra ciencia basada en el pronóstico: *la Meteorología*. Un director de observatorio meteorológico me decía que no le gustaba su propia misión profesional, ya que dar a conocer públicamente el pronóstico acerca del tiempo desacreditaba a la Meteorología, puesto que para el público en general no cuentan sino los errores pronósticos. Objeciones del mismo tipo surgieron al principio de aparecer los pronósticos, realizados a largo plazo, acerca de cambios de tiempo. Por lo que al médico respecta, el caso es psicológica y esencialmente distinto que por lo que se refiere al mateorólogo. Aquél no establece pronósticos de carácter público, por el contrario: ya hemos visto que en muchos casos habrá de cuidar de no dar a conocer el verdadero pronóstico, el cual pertenece a su secreto profesional. Pero como tal pronóstico, corresponde a la imagen total que el médico se forja acerca de enfermedad y frecuentemente influirá también y dará la pauta a la terapéutica que se establezca. *Errando discimus*: el hombre aprende precisamente a partir de sus errores y los pronósticos equivocados contribuyen también a corregir los diagnósticos erróneos. El pronóstico constituye una excelente gimnasia para el pensamiento clínico. El estudiante joven debería ser ya iniciado en él, tanto en su aspecto cualitativo como cuantitativo, para que tuviese siempre en cuenta cómo puede evolucionar un cuadro clínico y cuánto puede durar la enfermedad.

En este sentido resulta especialmente instructivo y educativo, desde el punto de vista clínico-psicológico, el pronóstico escalonado. También en Meteorología se distingue hoy entre una predicción a largo plazo y una predicción a plazo corto. El médico debe saber claramente, en muchas ocasiones, si es posible que un paciente esté mañana libre de fiebre, si podrá levantarse, si

podrá permitírsele recibir a una determinada visita. No debe olvidarse jamás que es más fácil establecer pronósticos a largo plazo, es decir: de modo más seguro, que a corto plazo. Un paciente perecerá, con toda certeza, a consecuencia de un carcinoma inoperable del recto, dentro de los próximos tres años, pero el mes que viene, o al próximo trimestre, incluso mañana, durante esta semana, puede encontrarse muy bien, a pesar de su enfermedad; pero igualmente puede amanecer pasado mañana lleno de sufrimientos.

Durante las convalecencias hay que establecer con particular prudencia el pronóstico a breve plazo, mientras que el pronóstico a largo plazo es más seguro: todo peligro ha pasado, la curación se halla fuera de duda, tardará tantas semanas en completarse, dentro de un par de meses el paciente podrá volver a sus ocupaciones. Pero mientras tanto pueden surgir períodos de malestar, quizás elevaciones febriles, estados de astenia, desmayos, falta de apetito, humor irritable o acobardado, todo lo cual es difícilmente previsible. Es más raro lo contrario: tras la evacuación de un acúmulo de pus se sentirá gran alivio durante los próximos días; más adelante quizás se acumule el pus de nuevo y es difícil de prever cuántas veces se repetirá esto y qué consecuencias traerá (como es sabido, sucede esto con la formación de secuestros). El estudiante deberá tener siempre en cuenta: ¿qué aspecto ofrecerá mañana el cuadro actual?; ¿éste o aquél? En caso contrario es que ha surgido una complicación; ¿cómo estará el enfermo dentro de una semana?; ¿corresponderá entonces su estado a lo que yo espero según mi conocimiento teórico?

Especialmente importante es el pronóstico acerca de una intervención, y en general, de una prescripción terapéutica. El enfermo pierde fácilmente la confianza cuando el médico se equivoca en este sentido de un modo muy grosero o muy frecuente. La mayoría de los médicos descuidan este factor, ya sean cirujanos, ginecólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, ortopédicos. Ignoran las «reacciones tardías» y posteriores a la intervención quirúrgica; descuidan orientar acerca del tratamiento ulterior; preparar a los convalecientes contra el agota-

miento, la astenia, la neurastenia, la depresión establecida después de la curación quirúrgica. Aquí resulta oportuna la distinción entre enfermedad (la cual se ha suprimido) y hombre enfermo (que esto continúa siendo el paciente). Lo mismo, sin embargo, puede decirse también con respecto a medidas terapéuticas de menor trascendencia que las quirúrgicas, tales como irradiaciones, apertura de abscesos, choques medicamentosos, baños de diversas clases (radioactivos, iodados, salinos, de cieno) masajes y gimnasias, y otros análogos. En realidad no debería abandonarse exclusivamente en manos del médico del balneario o del sanatorio, que se encarga de realizar estos tratamientos, el saber y el cuidado acerca de todo cuanto supone complemento de la cura (duración del reposo, qué es lo que hay que evitar y de qué hay que abstenerse, qué es lo que hay que hacer después de la cura y cuando hay que hacerlo para obtener un efecto beneficioso.

En resumen: el médico experto y concienzudo se ve, por así decir, precisado a pensar constantemente de un modo pronóstico. El examen comparado y libre de prejuicios (la catamnesis) de aquello que esperaba, con aquello que ha surgido, es lo que ayuda en realidad a construir y a reforzar lo que se denomina experiencia médica y que, en su forma más madura, se convierte en sabiduría profesional. La catamnesis no es sino la contrastación del pronóstico y del diagnóstico con la realidad de la evolución de un caso determinado. Es significativo que el curandero, el charlatán, no tema a nada tanto como a la catamnesis, y muchos métodos terapéuticos en los que se trata de meras modas efímeras, empezando por el viejo «mesmerismo» y terminando por las «vitaminas» habrían tenido una más breve vida si se hubieran realizado catamnesis más numerosas y de mejor fe. La catamnesis es la historia ulterior a la enfermedad, lo sucedido una vez terminado el tratamiento médico. No siempre es factible de realizar, así por ejemplo, a causa de haberse variado de médico. Allí donde exista la más mínima posibilidad de establecerla, debe hacerse. Tenerla en cuenta reforzará precisamente en muchas ocasiones la opinión del médico de ser muy prudente en el pronóstico y de mostrarse pleno de con-

fianza frente al paciente. Al mismo tiempo, es cuestión de conciencia profesional para todos los médicos hacer que disminuya a un mínimo la necesidad de realizar catamnesis, necesidad que constituye en la actualidad una de las más poderosas objecciones que pueden hacerse a la Medicina «oficial».

IV.—TERAPEUTICA Y PROFILAXIS

14 El cambio de papel más intensamente psicológico, y podría decirse que psicagógico, que ha de realizar el médico, tiene lugar en el instante en que pasa de la anamnesis, de la ponderación de los hallazgos exploratorios y el pronóstico reservado, a la terapéutica, cuyo primer acto es la prescripción. Si hasta entonces había caminado, guiándose por medio de cuidado, tacto y consideraciones, ahora deberá actuar decididamente y, a veces, por medio de órdenes categóricas, ya que, en cuanto haya elegido el médico la terapéutica oportuna al caso, deberá hacerla cumplir exactamente, lo cual constituye un factor elemental dentro de la relación dual, social-psicológica, entre él y el paciente, factor que es exactamente tan esencial como lo eran antes la prudencia y el cuidado en el interrogatorio y la exploración.

El núcleo teórico de toda sugestión se halla representado por la ley ideorreal, cuyo precursor fué el llamado *principio de* CARPENTER, formulado hace más de un siglo por el fisiólogo inglés de este nombre: toda representación de un movimiento implica un impulso a la realización del mismo. En esto radica la capacidad de contagio del bostezo, la risa, la marcha y la danza rítmicas, el cuchicheo involuntario; en los niños: la imitación de muecas y gestos (epidemias de corea psíquico en las clases escolares), etc. Ampliado en forma de ley idorreal, afirma dicho principio que toda representación implica un impulso a ser realizada. Es decir: no solamente rige con respecto a movimientos, sino también, por ejemplo, para las representaciones: un prurito puede surgir simplemente por pensar en él; en el hipnotismo se hace uso de una evocación de sensaciones de cansancio y peso mediante la simple mención de ellas; se

sabe, a partir de las situaciones de pánico y de las sesiones espiritistas, cuántas cosas se figuran las gentes haber percibido, cuando se afirma simplemente que las han tenido que percibir. Podemos prescindir aquí de considerar otras clases de ideorrealización, en sí importantes. Provocar la realización de un contenido representativo es lo que se denomina corrientemente sugestión. El presente de indicativo es la forma gramatical en que más sugestión puede ejercer una orden, pues en ella se considera ya como en trance de cumplimiento aquello que se manda. Se logra así eliminar al mismo tiempo «gramaticalmente» toda posible resistencia u oposición: es *ya* así; no es que *habrá de ser* así.

La prescripción, y sobre todo la primera prescripción del terapeuta, resulta preferible ordenarla en esta forma gramatical ideorrealizadora: «Usted guarda ahora cama durante una semana»; «Usted toma diariamente seis tabletas»; «El paciente recibe solamente alimento líquido»; «Usted toma un baño caliente cada noche»; «Mañana se levanta usted». El médico que prescribe evitará en absoluto las formas de conjugación conjuntivas, optativas, condicionales y potenciales: «Sería preferible que no bebiese vino»; «Yo, en su lugar, dejaría de fumar»; «Sería más aconsejable» o «Sería mejor»: Es muy fácil que estos consejos no sean cumplidos.

La sugestión indicativa tiene naturalmente sus límites. Una intervención a vida o muerte no puede ser ordenada a ningún paciente; éste debe dar su consentimiento a ella y el hecho de que haya consultado a este médico precisamente no implica dicho consentimiento (mientras que en aquellas prescripciones de menor trascendencia, el enfermo indica por el mero hecho de haber ido a consultar a dicho médico que quiere ser tratado por él y que por lo tanto se somete a sus órdenes). Mas también entonces el médico debería dar una forma muy determinada y precisa a su indicación terapéutica. En efecto, precisamente cuando se trata de una intervención operatoria, por ejemplo, de una laparotomía, nada ejerce un efecto tan confuso y desalentador sobre el enfermo, como una actitud poco decidida o insegura por parte del médico, con la cual éste deja hasta cierto

punto que la decisión dependa por completo del enfermo. La frase: «Usted debe operarse irremisiblemente» constituye, aproximadamente, el modo más adecuado de formular la orden, y no por ejemplo: «Yo me haría operar» o «Deje usted que le operen». Pero tampoco debe decirse, por ejemplo: «Se operará usted hoy mismo». Pues aparte de que esta frase implicaría una extralimitación del médico en sus derechos, ya que precisamente es necesaria la aceptación voluntaria por parte del enfermo para operarle, el médico se colocaría por ello en situación desairada, en caso que al enfermo se le ocurra contestar: «Pues no pienso hacerlo, en absoluto». Y ello redundaría en perjuicio de la autoridad médica; así es que desde el punto de vista de la psicología clínica ello constituye una falta técnica.

También con respecto a otras prescripciones no tan importantes, puede por fortuna considerarse actualmente como superada la rudeza de ciertos médicos del siglo pasado. Prescribir no significa hablar en tono imperioso o, incluso, gritar. Toda prescripción es tanto más eficaz cuanto más tranquilo y seguro es el tono con que es comunicada. Uno de los errores que han perdurado más tiempo (demasiado tiempo quizás) en Alemania, ha sido la creencia de que se demuestra energía cuanto más gritos se dan, más rudamente o más agresivamente se habla. Hemos de reeducarnos con tanta mayor firmeza por lo que se refiere a ésta actitud equivocada.

Asimismo el médico consigue precisamente tanto más desde el punto de vista psicofísico, cuanto mayor es su serenidad en la decisión, su firmeza sosegada, su discreto mantenimiento en un plano de superioridad, lo mismo que por otra parte sucede con el maestro, el sacerdote, el juez, el que ostenta una jefatura en cualquier rama y actividad. Lo más desacertado es aquella rudeza que lo toma todo a broma. El buen humor, la broma de buen gusto, incluso el chiste, pueden no estar desacertados junto a la cabecera del enfermo y en la consulta, pero de ningún modo en el momento de dar a conocer al enfermo la primera prescripción terapéutica. Especialmente cuando ésta supone duras exigencias (prohibición del tabaco, de la bebida, régimen dietético muy severo, prohibición del hábito de trabajar intelec-

tualmente hasta horas avanzadas de la noche, de la lectura en el lecho, del comercio erótico, de ir al teatro, renunciar a un viaje, recomendación de guardar reposo, prohibición de contraer matrimonio, etc.), no será jamás en tono de broma, ya que, en caso contrario, perdería su autoritaria eficacia.

Mas tampoco está bien dar explicaciones demasiado detalladas y prolijas acerca de las prescripciones. Estas conservan su efecto sugestivo tan solo si se ordenan escuetamente. Aparte de que la concepción profana de la causalidad tampoco es capaz de averiguar en la mayoría de las veces el porqué del obrar del terapeuta científico. Este obrar despierta, a lo sumo, resistencia y terquedad por parte del profano. Por otra parte, la reserva en cuanto al diagnóstico y al pronóstico, impide muchas veces explicar los verdaderos motivos de una prescripción.

El médico no debe entregarse a largas explicaciones acerca de los efectos de aquello que prescribe, si es que no quiere convertir tales efectos en dudosos. Debe saber conservar un cierto aire de «mago»: «Tú padeces tal cosa y tal otra, y yo conozco las medicinas para ello». Si se explican los motivos de la prescripción, se hará de modo muy escueto y, a ser posible, se dará tan sólo uno de aquéllos: «Usted va a tomar todas las noches un baño a la temperatura de 33 a 35°; ello hará que usted se tranquilice»; o bien «Voy a recetarle unas sulfamidas que matarán de modo rápido y seguro los gérmenes que ocasionan la infección de su vejiga». Pero esta última frase ya implica un cierto peligro: ¿y si esta mágica sulfamida se revela como ineficaz? Es mucho mejor que el médico recete las sulfamidas sin acompañar ninguna explicación: «Va a tomar usted tantas de estas tabletas durante dos días, y cuando termine le volveré a analizar la orina». La frase: «Todos los licores son veneno para un riñón enfermo», es mucho más eficaz que una explicación del porqué, realizada en plan de vulgarización científica. Precisamente en el momento de comunicar una prescripción es cuando debe ponerse nuevamente de manifiesto la distancia que existe entre el médico, como hombre entendido en la materia, y el enfermo, como profano en la misma. La actitud del médico debe dar a entender entonces: «Yo entiendo de esto y es por ello por

lo que has acudido a mí; así es que, por tanto, debes someterte a mi orden, la cual se halla bien fundamentada».

La situación puede hacerse más difícil si es preciso anular, retirar o rectificar prescripciones. Ante todo debemos prevenir de lo siguiente: resulta psicológicamente erróneo acompañar la prescripción con las siguientes palabras: «En caso de que usted no lo tolere», u otras análogas. Con ello se sugiere ya al paciente que la prescripción puede perjudicarle y dicha sugestión puede influir de tal modo que provoque auténticos trastornos, que de otro modo no habrían aparecido. El propio paciente será quien se queje, si es que no puede tolerar algo que el médico le ha prescrito. ¿Cómo se ha de prevenir esto? Ciertos efectos secundarios de índole desagradable deberán ser inevitablemente tolerados, y si el empleo de un medio terapéutico, como tal, los implica, es necesario advertir de ello, de un modo breve y conciso, al paciente, pero añadiendo que no se les debe otorgar mayor importancia. Así sucede con la punción lumbar, con ciertas irradiaciones e inyecciones, con la sequedad de boca producida por la atropina y la belladona, con los cambios en la diuresis que provocan otros medicamentos, con los trastornos de la visión que produce la pilocarpina y que duran horas enteras.

En determinada ocasión me ví envuelto en ciertas complicaciones al recetar a un campesino, procedente del Palatinado, unas cápsulas de azul de metileno (medicamento que por entonces estaba muy en boga) con el fin de paliarle unos dolores lancinantes, cápsulas que se le advirtió debía tragar sin masticarlas. Me olvidé de advertirle que la orina tomaría una coloración azul oscuro-verdosa.

El boticario del pueblo no disponía de cápsulas de gelatina y preparó el medicamento por su propia cuenta en cápsulas de almidón. Estas, naturalmente, se disolvieron en cuanto el paciente se las introdujo en la boca, de modo que el pobre hombre estuvo escupiendo durante horas enteras saliva teñida de un hermoso color azul, y apenas se le había pasado el susto que esto le produjo, empezó a orinar una especie de tinta.

El bueno del aldeano me contó todo esto entre maldiciones, hasta que se desahogó bien; pero reconoció que el medicamento le había ido magníficamente. ¡Quería que se lo recetase

de nuevo! Esta vez se lo compró en la farmacia de la ciudad y se tragó valientemente todos sus sellos de gelatina.

El tratamiento, como es lógico, no podía obrar sino de un modo pasajero y sintomático. Poco después le perdí de vista y probablemente iría a consultar acerca de su tabes incipiente a otro médico o a un curandero. Desde entonces no he vuelto a recetar azul de metileno: me hallaba escarmentado.

En ningún caso deberá capitular el médico en cuanto el enfermo diga que es incapaz de tolerar algo. Con ello renuncia a su posición autoritaria. No resulta difícil, si es que hay que hacer determinadas concesiones, presentarlas con cierto disimulo: el medicamento ha ejercido ya su principal efecto, lo cual se ha de advertir muy pronto, así es que ahora puede cambiarse tranquilamente de tratamiento. No es raro que el médico, si quiere continuar siendo dueño de la situación, deba insistir en lo prescrito, así por ejemplo: cuando buenos amigos u oficiosos vecinos incitan al enfermo en contra de determinados medicamentos, como son el arsénico o el yodo. En muchos de estos casos vuelven a darse las presuntas molestias.

Merece la mayor atención la conducta del personal auxiliar, tales como masajistas, profesores de gimnasia, encargados de salas de baños, etc., ya que con frecuencia ocasionan más mal que bien con su charlatanería irresponsable, la cual es bien acogida por el paciente, puesto que le sirve de distracción; le atemorizan con historias sacadas de su práctica profesional o le incitan contra el médico. Desgraciadamente, hasta ahora es completamente nula la preparación psicológica que es exigida para desempeñar tales profesiones relacionadas con la Medicina. En determinadas circunstancias, el médico se verá obligado a plantear la cuestión de gabinete: «En caso que no siga usted exactamente mis prescripciones, o que las cambie a su capricho, se busca usted otro doctor». Mas antes de apelar a semejante amenaza, la meditará prudentemente, ya que corresponde a su ética profesional permanecer al lado del paciente, pese a todas las dificultades. En ningún caso deberá lanzarse tal ultimátum a causa de un enfado de momento.

 Requiere gran tacto el cambio de terapéutica o el cambio de

médico, sino se quiere hacer dudar al enfermo acerca de su propia curación e inducirle a pensar que lo suyo no tiene salida. En caso que haya de ser cambiado el tratamiento, lo más prudente es hacerlo de un modo fraccionado, es decir: poco a poco. Si se hace rápidamente preciso abandonar el plan de tratamiento hasta entonces proseguido, a causa de intensas molestias objetivas, no queda, desde luego, más solución que reconocer el fracaso de aquél. Esto, de todos modos, resulta desagradable, y puede perderse aquí parte de la confianza depositada por el enfermo; pero, naturalmente, el bien de éste es antes que nada. Será más fácil al médico conservar en tales casos la simpatía del enfermo, si reconoce tranquilamente ante éste: «Siempre se aprenden cosas nuevas; ya veo que su organismo es mucho más sensitivo de lo que parece a primera vista y, por tanto, deberemos abordar la cuestión de un modo completamente distinto». Mas nunca deberá dejar traslucir el médico que el hecho le irrita o le sienta mal, incluso si es el paciente mismo el que le despide; le saludará tan amablemente como antes, incluso en ocasiones, se informará con tacto acerca de su salud. No hay papel menos adecuado para el médico que el de darse por ofendido.

En este sentido, las situaciones más delicadas se plantean con motivo de consultas con otros compañeros. Siempre resulta aconsejable para el médico de cabecera no esperar a que sea el enfermo (o más frecuentemente, la familia de éste), quien manifieste el deseo de llamar a consulta a una «autoridad». Si ha dejado transcurrir el momento oportuno para ser él quien espontáneamente lo proponga, no debe oponerse o manifestar herida su susceptibilidad ante dicho deseo. En este caso debe mostrarse como absolutamente de acuerdo, por muy molesto que le resulte. Aquí debe constituir la suprema ley la preocupación del enfermo o de los suyos. Sin embargo, no deberá permanecer indiferente frente a la elección del médico a consultar: las gentes se forjan a veces ideas extrañas acerca de una «autoridad», y se dejan seducir por la fama de un nombre cualquiera, sin tener en cuenta la especialidad en que destaca. Cuanto más desinteresadamente aconseje al enfermo o a sus allegados el médico de cabe-

cera acerca de la justa elección de médico a consultar, tanto más agradable y fácil será su posición en el difícil triángulo: médico de cabecera-médico consultado-enfermo.

Cierto es que existen corifeos desconsiderados que en presencia del médico de cabecera rechazan de plano, sin más consideraciones, el diagnóstico y el tratamiento establecidos por éste, de modo tal que le ponen en ridículo. Pero mucho más frecuente es el médico que se ha dado por ofendido por el deseo de llamar a consulta a otro médico, el que muestra frente a éste una actitud de antipatía, de mal humor, de rechazo y que toma como ofensa personal cualquier cambio en el propio plan de tratamiento. Y no faltan tampoco los médicos que, llamados a consulta, se muestran demasiado delicados y que con el fin de no crear situaciones desagradables para un colega, aprueban cuanto éste ha diagnosticado, pronosticado y prescrito, malogrando así la finalidad de la consulta y destruyendo quizás con ello la última esperanza del paciente, la cual se hallaba puesta en aquélla. Toda consulta presupone generosa tolerancia y el más fino tacto entre los que participan en ella, si es que su misión se halla constituída por el esclarecimiento de un caso difícil.

El médico consultado tiene, según las circunstancias, derecho a que se le deje solo con el paciente durante el primer reconocimiento, ya que de lo contrario no llegaría en absoluto a averiguar anamnésticamente ciertos datos, pues existen cosas que se confían más fácilmente a un extraño, que a los conocidos con quienes se mantiene un contacto diario. La confesión de pecados muy secretos no es tampoco raro que se realice con más gusto ante un sacerdote que no reside en el mismo pueblo donde vive uno. Por otra parte, el médico llamado a consulta no debe manifestar su opinión contraria hasta haber cambiado impresiones con el colega que se ha encargado hasta entonces del enfermo, y en esta entrevista deberá buscarse una fórmula de compromiso, en la que ni el enfermo, ni el médico de cabecera, salgan perjudicados. Va precisamente en contra de la moral profesional que el médico de cabecera aparente suscribir la opinión y prescripciones del médico consultado, para luego, y

a espaldas de éste, hacer obstrucción a las mismas o negligirlas, o burlarse de ellas en cuanto se le presente ocasión. Debe dimitir su puesto o portarse lealmente.

La situación se ve muy dificultada en muchas ocasiones, debido al poco razonable comportamiento de los allegados del enfermo. Basta con que se halle presente uno de los miembros de la familia que sea merecedor de confianza, cuando se comunique el resultado final de la consulta. Perturba sobremanera que se reuna toda la familia, como en ocasiones sucede, e intervengan en cuanto les sea posible con preguntas tontas e inoportunas. Si el médico de cabecera no lo hace por sí mismo, deberá intervenir el médico llamado a consulta, mostrándose enérgico y expulsando a todos los que estén de sobra. Con frecuencia será necesario realizar por separado una comunicación al paciente y otra a sus familiares, ya que es posible que a aquél no pueda decírsele toda la verdad: esto debería ser dispuesto de tal modo que el paciente no pueda sospechar nada de lo que se le oculta.

El modo correcto y práctico de realizar las consultas entre médicos podría ser enseñado en las Facultades, ya que las clases clínicas reunen, por regla general, a diversos diagnosticadores y exploradores con una «autoridad»; aquí podrían enseñarse sin dificultad los elementos fundamentales de la consulta entre colegas. El estudiante debería ser habituado, a partir ya de los debates en torno al caso clínico, a exponer sus opiniones y a discutirlas de un modo sereno y práctico, y se le debería recordar constantemente la imperfección del diagnóstico y la terapéutica en Medicina, y con ello el deber de mostrarse tolerante frente a las opiniones que no coinciden con la suya. Afortunadamente, en el estudio clínico se introducen en la actualidad, con creciente pujanza, coloquios y seminarios, los cuales pueden proporcionar rendimientos muy valiosos por lo que se refiere a estas facetas de la enseñanza clínico-psicológica. Desde luego, el Jefe de la Clínica, la autoridad que presida la discusión, deberá renunciar a la adopción de actitudes de superioridad desdeñosa e irónica frente a sus colegas.

Los sarcasmos de un internista contra otro, del cirujano con-

tra el internista, del anatomo-patólogo contra el clínico, del ginecólogo contra el cirujano, del farmacólogo contra el policlínico y viceversa, del oftalmólogo contra el neurólogo y de éste contra el psiquiatra pueden haber resultado muy divertidos en ciertas ocasiones; pero, sin embargo, deberían desaparecer de las aulas, como sucedió con los chistes de mal gusto que se acostumbraba antes a intercalar en las clases de anatomía y que el famoso HYRTL consideraba imprescindibles como sal y pimienta para hacer tragar una materia tan árida. Los médicos, por encima de todo, se deben tomar entre sí en serio, aun cuando sus opiniones sean muy distintas: esto constituye precisamente uno de los mandamientos más elementales del catecismo de la psicología clínica.

15 El control del tratamiento corresponde a toda terapia llevada a cabo con sentido de la responsabilidad y alcanza su expresión en la «visita médica» (en el domicilio del enfermo, en el hospital, en el consultorio). De gran importancia psicológica es la distribución del tiempo a ella dedicado. Tan sólo una enfermedad grave justifica la visita cotidiana e, incluso, exige en ocasiones verificarla varias veces al día. En otro caso es preferible, en interés de la autoridad del médico y de su efecto sugestivo, hacerlas más espaciadamente y no correr tras el enfermo. No solamente entra aquí en juego lo económico. La eficacia de la aparición del médico se debilita también si aumenta la frecuencia del entrevistarse con el enfermo más de lo que sería menester. O bien se llena entonces dicha entrevista por medio de una charla vacía, o la visita se realiza tan rápidamente que despierta en el enfermo la impresión de superficialidad y de falta de participación por parte del médico. Cuando se halla frente al médico, el enfermo debe darse cuenta de que aquél se ocupa de su caso. Nada resulta psicológicamente más equivocado que el mero paseo por las salas, dirigiendo fugaces miradas a todas partes, para poder decir solamente que «se ha pasado visita».

 El médico, cuando pasa visita, debe tomarse el tiempo que

haga falta; es preferible que venga cada tres o cuatro días durante media hora, que no todos los días durante medio minuto. Sin embargo, especialmente en la consulta, los intervalos no deben ser demasiado largos, el contacto psíquico se hace entonces más superficial. Corresponde al arte clínico aprender este ritmo temporal, la distribución en fases del control del tratamiento. El buen médico debe también saber cuando ha llegado el momento en que no se le necesita ya; resulta vergonzoso para él cuando tienen que decírselo, «Demasiado y demasiado poco viene a ser lo mismo», dice un proverbio popular alemán. Es preferible dejar que el paciente añore la presencia de su médico que no hacer que se harte de ella. Por otra parte, esta psicología práctica rige con respecto a la mayoría de las relaciones de la vida.

16 La terapia debe ser dolorosa en ocasiones. También a este respecto ha cambiado mucho la actitud desde hace unos decenios. Apenas conseguimos ya imaginar aquella época en que se realizaban amputaciones y extirpaciones sin narcosis. Hoy rige como norma general que el dolor debe ser evitado allí donde se pueda hacer. Todo dolor inferido innecesariamente es considerado casi como un defecto del arte de curar. Puede disponerse de una superabundancia de narcóticos, analgésicos, hipnóticos, sedantes euforizantes; su fabricación industrial es cada vez más rápida. Quizás aquí se vaya en ocasiones algo demasiado lejos. Ningún tóxico es indiferente para el organismo, aun cuando su nocividad consista únicamente en el hábito a él. El alcoholismo, especialmente, ha disminuído entre nosotros por lo que se refiere a las capas «superiores» de la sociedad; en cambio, se extiende cada vez más el hábito de tomar hipnóticos (junto con su más reciente contrapartida: el hábito de ingerir estimulantes, el «simpatinismo»). Se recetan menos fórmulas que hace cien años, pero, en cambio, se inyecta quizá demasiado, y, desde luego, muchas veces más de lo que sería preciso. La mano del médico, cuya educación es uno de los principales propósitos de la enseñanza clínica (y en ningún

caso solamente de la quirúrgica), debería evitar producir ciertos dolores, ya por el mero hecho de que dicha mano percibe mucho más sutilmente que la mano brutal o mal controlada.

Justo es preparar al cliente a un dolor inevitable, diciéndole: «Esto le dolerá ahora un poco». Un dolor que sobresalta puede hacer fracasar el propósito diagnóstico o terapéutico del médico. En ocasiones puede no resultar mal que el médico reprenda ligeramente a los pacientes que se quejan en exceso, mas ésto no debe convertirse en costumbre. El médico debe saber que la sensibilidad al dolor varía individualmente según los sujetos (como sucede para la sensibilidad sensorial: agudeza visual, visión de los colores, agudeza acústica, finura del gusto, etcétera). La exigencia de soportar a toda costa las manifestaciones dolorosas, va también demasiado lejos entre los pueblos germánicos.

En realidad, aquellos heridos franceses que se quejaban y chillaban, sin preocuparse de disimular sus dolores, no habían sido durante el combate menos valerosos y resistentes. A aquella persona a quien algo le duele mucho y de veras, es preferible dejarla que se queje e, incluso, que grite un poco: quizás pase así con más facilidad el mal rato. Reprimir la manifestación del dolor puede provocar contracturas musculares incluso en las regiones del cuerpo más alejadas, y la exploración puede resultar dificultada a causa de ello. Allí donde dichos espasmos sean debidos a la sensibilidad dolorosa, es natural que se procure hacer desaparecer ésta. Aquél que pueda, podrá ensayar la supresión de ciertos dolores por medio de la hipnosis, la cual, si es empleada con tiento y con arreglo a buena técnica, no es más inocua que algunos fármacos empleados en inyección. También la sugestión vigil por medio del rociamiento de la región con agua destilada o haciendo aspirar un aroma sin ningún efecto narcotizante, resulta inofensiva y puede ser recomendable.

¿Es ciertamente así? ¿No se trata ya en este caso de patra-
 ñas y charlatanismos?

17 La psicología clínica no puede evadirse de responder a esta pregunta. Ya que la ciencia de curar es hija de la época de la Ilustración y hubo de emanciparse de nuevo a mediados del pasado siglo de una recaída en la filosofía natural del romanticismo, con lo cual se colocó en gran parte bajo el signo de la concepción materialista del universo (varios de los divulgadores del materialismo fueron médicos: Luis BÜCHNER, Carlos VOGT, Ernesto HAECKEL), generaciones enteras de médicos y de estudiantes de Medicina rechazaron radicalmente, y a partir de entonces, toda mezcla de trucos mágicos en terapéutica, lo cual, como es sabido, llegó tan lejos que se negaban incluso a asistir a exhibiciones de hipnotismo. Era la época en que el psiquiatra vienés MEYNERT rechazaba el calificativo de «enfermedades mentales» por «alejado de la investigación natural» y no quería oír hablar sino de «enfermedades del cerebro». Yo mismo he conocido médicos a quienes parecía charlatanería, indigna de un médico culto, la prescripción meramente sugestiva de un jarabe coloreado con cualquier tinte inofensivo o la inyección de un líquido indiferente, e incluso el masaje y la electroterapia (que estimaban como objetivamente ineficaz), por no hablar de la hipnosis.

Y, desde luego, debe guardarse el médico de resbalar hacia todo tratamiento meramente aparente y simulado, hacia toda teatralería. El peligro de ello acecha en toda prescripción meramente sugestiva, y por eso ciertos psicoterapeutas son partidarios del siguiente punto de vista: debe practicarse una psicoterapia honrada y franca, ya se trate de hipnosis, análisis, entrenamiento, sugestión vigil o lo que sea; pero no debe perderse la propia dignidad ocultándose tras manejos de índole fisioterápica. Esto suena muy bien, y, sin embargo, en la actitud, modo de presentarse, de interrogar, y de prescribir del médico, y, por tanto, en accidentes corporales de su actuación profesional, existen momentos sugestivos que a veces son más eficaces sobre el paciente que el medio fisioterapéutico de la prescripción misma. No podemos, pues, al igual que Fausto, apartar por completo toda magia de nuestro camino, por mucho que queramos. Durante la segunda mitad del siglo XIX, se ha mostrado de

un modo casi vergonzoso cuantos científicos, supuestamente «exactos», se han dejado engañar por las artes de prestidigitación más groseras por parte de médiums, clarividentes, adivinos.

En nosotros existe una buena dosis de irracionalidad y únicamente una extrema superficialidad y vacuidad por parte de un entendimiento pagado de sí mismo sería capaz de negarlo. Pero sí es exacto afirmar que el médico solamente precisa muy raras veces de «fetiches» exteriores para hacer efectivo su «charisma» personal y el «charisma» correspondiente a su profesión, y que es susceptible de ser aprendido. Con dichos «fetiches» se las manejará lo menos posible y deberá salir adelante por medio de los efectos psíquicos de índole directa. De hecho, una hipnosis que afirma que «el dolor habrá desaparecido cuando se despierte» es mucho más honrada y más digna, ya que precisamente los estados hipnoides de la conciencia poseen la facultad de hacer que tales sugestiones se «ideorrealicen», que el engañar valiéndose de una «irradiación con luz azul», o el «magnetismo» o el envolver al enfermo en papel de seda para alcanzar a través de estos rodeos fetichistas la ideorrealización de la orden sugestiva: «el dolor va desapareciendo». En el tratamiento por medio de corrientes eléctricas, que se empleó en los temblores neuróticos durante la primera guerra mundial, y que constituía una variedad de la terapéutica por choques, consideramos la inyección de agua destilada, disfrazada bajo el nombre de ácidos nerviosos», como un procedimiento capaz de desacreditar todo el método (el cual era muy discutido) y capaz de ponerlo a la dudosa luz de la charlatanería.

Una medida aparente de esta índole se halla tanto más libre de objeciones cuando es posteriormente revelada, por ejemplo, cuando las últimas inyecciones puestas para provocar el sueño se realizan con un líquido indiferente, y un buen día, después que el paciente se ha dormido sin dificultad alguna, se le dice de pronto: «Hace tiempo que duerme usted sin necesidad de hipnóticos, pues en las últimas inyecciones no había nada de eso». Pero esto es arriesgado, pues se juega uno todo el éxito y además la confianza del enfermo y únicamente puede atre-

verse a ello el médico que se halle provisto de intensas dotes sugestivas.

El médico que comienza a ejercer debe evitar tales trucos. Colocan a la psicología clínica en un terreno muy resbaladizo. El «maghetos» de la profesión médica debe ser muy finamente sensible. Cierto flúido mágico no desaparecerá jamás de la relación social-psicológica médico-enfermo; mas así como en otro tiempo se desarrollaron, a partir de vinculaciones mágicas, otras de índole más de acuerdo con la moral, el derecho y la civilización, mientras que el hechicero propiamente dicho pasaba cada vez más a segundo término, así también el desarrollo del arte de curar, cuanto más se vaya convirtiendo en ciencia de curar, deberá liberarse de aquella magia curativa a la que antaño se hallaba reducido. El verdadero secreto para ser médico, reside en el postulado profesional de poder curar a partir del conocimiento de las relaciones y vinculaciones patológicas.

El dominio de las relaciones sobrenaturales ha sido cedido por el médico moderno al sacerdote, como anteriormente sucedió ya por parte del médico antiguo de mejor estilo, y el médico ya no pretende ningún condominio en él. Allí donde los enfermos buscan la curación por medio de peregrinaciones y rezos, por signos y milagros, no debe intervenir el médico, pues ello está situado más allá de su esfera profesional. Su misión se ha convertido en puramente terrenal y el que no se da por satisfecho con esto, que no estudie Medicina, sino Teología. Por tanto, el médico con conciencia profesional debe evitar, y precisamente, hoy en día, incurrir en residuos de representaciones prerreligiosas, mágico-demonísticas. De todos modos, el enfermo ha de mezclar aún bastante magia en su esperanza acerca de los rendimientos del médico, y éste, por su parte, no tiene necesidad de reforzar esta tendencia. La psicología clínica deberá enseñar al médico que se encuentre en período de formación profesional, el dominio de las técnicas, de los métodos honrados de la terapéutica sugestiva, acerca de la cual se dispone en la actualidad de una copiosa literatura. Pero más bien debe desacostumbrarle, y no acostumbrarle, al empleo de trucos y manejos sugestivos. No hay necesidad de éstos últimos, pues ya

existe bastante fuerza curativa de sugestión en los modernos métodos y técnicas de exploración y tratamiento: en la medida de la tensión arterial y en la electrocardiografía, en la radiología y el tratamiento electroterápico, en la radioterapia y la medida de la velocidad de sedimentación, etc. El enfermo pone a veces en todos estos métodos racionales más irracionalidad de la que sería menester.

El verdadero «maghetos» del obrar médico surge de la personalidad y de la actitud, de la capacidad diagnóstica y terapéutica, de la superioridad de raciocinio, del arte de interrogar y de la seguridad en el prescribir, del conocimiento del hombre y de la capacidad de guiar hombres que posea el médico mismo. Si la psicología clínica educa suficientemente al médico joven y le convierte en psicognóstico y psicagogo del enfermo que en él confía y que le es confiado, aquél no precisará apelar a gnóstica y mistagógica alguna para cumplir con su deber.

18 La orientación racional de la actual ciencia de curar, no se muestra en parte alguna tan marcadamente como en sus esfuerzos y rendimientos profilácticos, preventivos. Aquí se realiza una confluencia entre la causalidad teórica, científica retrospectiva y la práctica prospectiva, más estrechamente aún que en la terapéutica, en la cual se conserva tanto de irracionalidad. En ninguna época de la historia del género humano se ha sabido tanto acerca de cómo puede conservarse la salud cuando ésta se posee o se ha recuperado. Haber desarrollado una protección racional de la salud, constituye uno de los grandes méritos del siglo XIX, sus conquistas con respecto al modo de prevenir enfermedades se cuentan legítimamente junto a las correspondientes al modo de curarlas.

No la clínica, sino la higiene enseña cómo se conserva sano el hombre sano. La clínica se ocupa siempre del sujeto que ya está enfermo o que, a partir de la enfermedad, se encuentra convaleciente; su profilaxis es esencialmente una prevención del volver a caer enfermo: una profilaxis de las recidivas. Constituye, desde luego, una rara excepción que el médico aconseje

al paciente cómo puede protegerse frente a otras enfermedades distintas de aquélla por la cual ha solicitado sus servicios, y sólo surgirá cuando exista predisposición a tales enfermedades o cuando ya, durante la exploración, aparezcan signos que adviertan acerca de éstas. Directamente relacionada con la terapéutica se halla otra manera de prevenir, que puede designarse como profilaxis de la progresión: evitar que un mal, cuyo estado actual es irreparable, progrese. Ambas formas principales se imbrican, ya que muy frecuentemente la progresión se realiza en forma de brotes de recidivas separados por intervalos libres.

Toda prevención de enfermedad implica un peligro psicológico: el temor a la enfermedad. La hipocondría es una semihermana de la higiene. Cuando la bacterología comenzó a florecer dentro del marco de la higiène, tuvimos ocasión de presenciar una auténtica pandemia de horror al contagio: en toda fruta sin mondar, en todos los picaportes, en toda cama de hotel, acechaba la muerte en forma de una selección de gérmenes patógenos. Una nueva ola de miedo apareció coincidiendo con la divulgación acerca de las enfermedades venéreas: las consultas de los neurólogos y especialistas de piel se llenaron de sifilófobos, que temían haberse infectado con un vaso de cerveza, en el water, o con un beso. La introducción de la medida de la tensión arterial hizo aparecer un ejército de supuestos arterioescleróticos. En su misión profiláctica debe cuidar el médico de no convertirse en provocador del miedo a la enfermedad. Desde luego, ya no creemos con el viejo HUFELAND (en su «Macrobiótica») que la hipocondría acorte la vida; conocemos, por el contrario, muchos hipocondríacos que, quejándose y preocupados constantemente acerca de sí mismos, alcanzan una avanzada edad; pero sí creemos que enturbia el placer de vivir, sin proteger ante aquello que se teme.

Por ello, todo consejo y prescripción de índole profiláctica debe ser administrado de un modo muy cuidadoso, para no originar daño psíquico queriendo proteger del daño físico. También aquí, el momento de dar de alta en el tratamiento o el momento de la convalecencia se halla bajo el signo de la con-

fianza. Jamás debe advertirse al convaleciente o al curado: «Tenga usted mucho cuidado, porque lo que ha padecido usted puede tornar de nuevo». La primera parte de la frase es muy vaga, y, por tanto, prácticamente inútil; y la segunda no consigue sino hacer que el enfermo se preocupe e, incluso, que se amedrente.

Si se cree necesario prevenir concretamente determinadas recidivas, deben darse consejos claros y exactos. Así, después de una poliartritis, con respecto a la ropa (llevar ropa interior de lana), al endurecimiento frente a las circunstancias atmosféricas; después de una disentería o un paratifus, con respecto a la dieta; tras de una angina de pecho, con respecto a todo el régimen de vida,y, en especial, al tabaco y la bebida. Y después de ésto, puede agregarse poco más o menos lo siguiente: «Si sigue usted de verdad estos consejos, no tiene por qué haber recaídas». Desde luego, raramente podrán hacerse afirmaciones más seguras. Debe guardarse uno de decir: «No debe temer usted una recidiva», pues si luego surge ésta, ello repercute en el crédito que merecen las palabras del médico. En muchos casos cabe decir en tono cuidadosamente escogido, y tranquilamente, que aquello que fué dañado por la enfermedad no es posible repararlo ya, pero que ese daño no tiene por qué seguir aumentando y que, tal como está en la actualidad, no constituye un peligro ni para la vida, ni para la actividad profesional; pero únicamente si se vive de un modo razonable y ciñéndose a lo que ordene el médico. Esto constituye la regla en las arterioesclerosis, tuberculosis, artritis, incluso muchas veces en la tabes; en algunas enfermedades de los ojos; en la diabetes y anemias de gravedad media, en los estasis venosos de naturaleza varicosa y hemorroidal.

En múltiples ocasiones habrá que ordenar a un enfermo que no piense demasiado en su padecimiento, lo cual no será en absoluto necesario si sigue concienzudamente las prescripciones del médico. Si vuelve a notarse síntomas, deberá acudir sin embargo inmediatamente y de nuevo al médico, y en ningún caso observarse a sí mismo o atenerse a lo que lea en libros, artículos de enciclopedia o de periódico, o escuche en conferen-

cias de divulgación popular. No siempre podrán evitarse por completo los autorreconocimientos, por ejemplo, los controles de la orina; pero únicamente se confiarán a pacientes con muy escasa propensión a la hipocondría y a título excepcional; y se limitarán a determinaciones muy sencillas, como son la de presencia de albúmina y de glucosa. Se quitará en absoluto al paciente la costumbre de tomarse el pulso, explicándole que no puede deducir nada de ella, ya que la atención ansiosamente enfocada sobre el propio pulso, modifica inmediatamente la frecuencia de éste.

19 Se halla sobremanera descuidado en muchas ocasiones el asesoramiento profiláctico de los enfermos dados de alta después de intervenciones quirúrgicas. Casi siempre tiene lugar en ellos una reacción tardía del organismo, a veces de carácter local (adherencias recientes, dolor a partir de cicatrices); pero más frecuentemente de carácter general: agotamiento, mal humor, desgana de vivir, decaimiento, insomnio, e hipersomnia, falta de apetito, debilidad sexual, sensación de disminución en los rendimientos profesionales y otros síntomas semejantes, los cuales podrían agruparse bajo la denominación de neurastenia postoperatoria. Asimismo, después de fracturas graves con escayolamiento prolongado, después de traumas que transcurrieron al parecer sin grave daño, y especialmente luego de conmociones cerebrales o de fisuras de cráneo, aparecen tales síndromes al cabo de bastantes semanas, incluso, meses, ejerciendo entonces un efecto sobremanera atemorizante, angustioso, deprimente. Es absolutamente preciso preparar con respecto a tal eventualidad, presentándolos al mismo tiempo como inofensivos y sin importancia. Poseo una excelente experiencia acerca de lo conveniente que resulta advertir a los pacientes que no se verán por completo libres de molestias hasta medio año después de una intervención quirúrgica y hasta año y medio después de una grave conmoción cerebral, pero que todas las pequeñas molestias ulteriores no tienen ninguna significación seria.

Debe uno guarderse, sin embargo, de unir acaso a este asesoramiento un cambio radical en todas las costumbres de vida mantenidas hasta entonces: no fumar, no beber, cambiar los períodos de sueño, dieta demasiado precavida, etc. Esto es precisamente lo que puede originar molestias tardías y ulteriores, que hacen dudar al cliente acerca de su propia curación. En especial, cuando se trata de sujetos de más de cuarenta y cinco años, se debe ser muy cauto al ordenar cambios en el género de vida llevado hasta entonces. Lo que parece resultar relativamente (y objetivamente) más inocuo, es el cese brusco en la costumbre de fumar con exceso; por lo que respecta a la bebida (vino y cerveza) se disminuirá la cantidad si es preciso, pero no se prohibirá radicalmente, sino paulatinamente. Sí que se suprimirá rápidamente el hábito de beber licores, sustituyéndolo por la ingestión de cantidades moderadas de vino y cerveza. En sujetos habituados a una vida muy sedentaria debe instaurarse, dosificándola bien, una mayor actividad al aire libre. Las marchas prolongadas durante horas, el partir leña, el nadar o montar diariamente a caballo pueden dar lugar a graves estados de agotamiento, ya que dichos pacientes tienden con frecuencia a incurrir en exageraciones en su nuevo género de vida. Formas sencillas de deporte, tales como el billar, los bolos, la carrera pedestre, el juego de pelota, obran a veces psicofísicamente de modo muy beneficioso. Nadie que haya permanecido durante semanas en una clínica donde se realizan operaciones quirúrgicas (bien de cirugía general, ginecológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas) debería volver a reanudar su vida libre y habitual sin que se le controlase, bien por parte del especialista, bien por parte del médico de cabecera.

Es considerablemente mayor de lo que parecen suponer algunos cirujanos el número de pacientes que catorce días después de ser dados de alta están cazando sus primeras perdices y catorce semanas más tarde yacen acobardados y perplejos, sintiéndose completamente abatidos y «no siendo ya los mismos de antes». También después de graves enfermedades internas (escarlatina, reumatismo articular, bronconeumonía, tifus, cólico hepático, ántrax, septicemia) y muy avanzada ya la con-

valecencia, después de haberse verificado, al parecer, la curación y sin que existan recidivas propiamente dichas, pueden aparecer sorpresas desagradables, si es que no se adoptan determinadas precauciones. Lo propiamente molesto en ellas es su efecto deprimente y anonadador, y esto, por medio de la psicología clínica, debe ser reconocido a tiempo por el médico, a fin de rectificarlo. Si se quiere otorgar un nombre biensonante y científico a esta especie de prevención de síntomas tardíos, se la podría designar como «profilaxis metadromal». Los metadromos son precisamente estos síntomas tardíos, en oposición a los pródromos, que son los premonitorios, y al complejo de síntomas manifiestos y propiamente dichos: el síndrome de la enfermedad específica.

20 Y, por último, podría denominarse «profilaxis de las complicaciones» a una clase de protección que se realiza en pleno curso de la enfermedad. En las terapéuticas operatorias, es el peligro de embolia lo que hoy en día constituye un motivo de prevención especialmente conocido; en la escarlatina lo es la otitis media o la glomerulonefritis; en el reumatismo poliarticular agudo lo es la endocarditis; en la neumonía, la debilitación de la musculatura cardíaca, etc. Nosotros no nos ocuparemos aquí sino de la faceta psicológico-clínica de esta profilaxis. Esta faceta es generalmente secundaria al aspecto clínico físico de la complicación a evitar, pero no carece de objeto; así, por ejemplo, sucede con respecto al peligro de embolia.

Desgraciadamente, se ha hablado tanto de este último en público, en especial en los diarios, poniéndolo en parte en relación con factores tan inevitables como son los meteorológicos (así, por ejemplo, con el viento «Föhn», que sopla en los valles alpinos), que no pocas personas han adquirido hoy día, y a partir de lecturas mal digeridas, una especie de temor a la complicación, temor que aumenta cuando están en trance de ser operadas y que puede convertirse en un terror pánico a levantarse por primera vez del lecho, fomentado a veces por frases poco

cuidadosas por parte del personal auxiliar e incluso de los visitantes («Usted tiene predisposición a la embolia a causa de su corpulencia», etc.). Si existe algo que, dada la labilidad psicógena del sistema vascular, pueda favorecer más la temida complicación, ello es una tal actitud psíquica vibrante de ansiedad. El que, debido a negligencia, no surja una embolia, es de la competencia del médico y del personal auxiliar, y más no puede hacerse. Preparar al paciente frente a tal eventualidad carece de sentido y no contribuye a protegerle, sino más bien a que la complicación aparezca. La mera palabra «embolia» debería ser cuidadosamente evitada ante el enfermo, como sucede la mayoría de las veces con las palabras «cáncer» y «carcinoma», y siempre con la palabra «incurable».

A veces sucede también que se excita inútilmente a un recién operado ordenándole una respiración profunda demasiado forzada con el fin de evitar afecciones bronquiales después de la narcosis con éter, y al convaleciente, haciéndole que se tome la temperatura durante demasiado tiempo y varias veces al día. Existen pacientes psiquicamente lábiles, que pasan la mitad de la tarde presa de ansiedad, pensando si el termómetro que han de ponerse a las cinco puede depararles alguna sorpresa desagradable.

A mí mismo me ha sucedido que un cirujano me deparase en cierta ocasión motivo para cesar en la rutinaria costumbre de ponerme repetidamente el termómetro. Cuando hacía ya más de una semana que me hallaba libre de fiebre y no había motivo alguno que justificase elavaciones de la temperatura, el termómetro marcó de repente, una noche, 37,9°. La enfermera (que era excelente) cruzó desolada sus manos y exclamó:

—¡Dios mío! ¿Pero que ha sucedido, señor profesor?

Con ansiedad creciente esperé la visita del jefe de la clínica. Llegó éste (que era el doctor ENDERLEN) y dirigiéndome un amistoso saludo lanzó una fugaz mirada a la gráfica. Se disponía a marcharse sin decir nada más, cuando exclamé:

—Pero colega, ¿es que no le interesan mis 37,9°?

Desde la puerta me contestó:

—Cuando tenga usted 39,7° comenzará a interesarme.

Esta frase me tranquilizó y desde entonces renuncié a ponerme habitualmente el termómetro. Pues si su resultado no

interesaba al médico que me estaba tratando, ¿a quiénes podría interesar? La pequeña elevación fué debida a una grippe que rondaba por toda la casa. A partir de entonces pasé las tardes mucho más tranquilo y me sentí más «convaleciente» que con anterioridad.

En todo caso, ante el enfermo no debe hablarse de *posibles complicaciones*, a no ser que, dada la insensatez de su conducta, se le deba advertir de la posibilidad de aquéllas; pero, de todos modos es preferible presentarle aquello que deberá evitar como no tolerable teniendo en cuenta su estado general, y dejar a un lado las amenazas a base de la posibilidad de complicaciones, en tanto sea posible. Si es que el paciente saca a relucir la embolia durante su conversación, debe serle presentada como algo sumamente raro, algo así como la teja que se desprende del tejado y mata a un transeúnte.

Las opiniones en contra serán tranquilamente rechazadas como procedentes de artículos de periódico escritos por profanos en Medicina. La relación causal con cambios de tiempo (bajas presiones, frentes calientes o fríos, «Föhn», etc.) será preferible no discutirla (ya que se halla consignada en libros científicos); pero sí se discutirá y rebatirá que en la misma fecha, en el día presente, reinen unas condiciones meteorológicas peligrosas, ya que al fin y al cabo tan sólo un meteorólogo profesional puede opinar acerca de ellas. Debería evitarse, mediante una educación de la opinión pública, que la Prensa escriba a diario que no deben realizarse intervenciones quirúrgicas cuando sopla el «Föhn», ya que ello es peligroso para la vida del operado. Así se crean temerosos prejuicios en la masa de lectores, se exagera y, por otra parte, a ser verdad, se habría llegado a paralizar por completo la actividad quirúrgica en numerosas regiones donde sopla con frecuencia dicho viento (Innsbruck y Stubaital, Zurich, Lago de Constanza, Vorarlberg, etcétera). Todo esto no es profilaxis, sino profobesis; no protege, sino trastorna.

Una *profilaxis absoluta* es aquella que desea prevenir antes de que surja en general cualquier enfermedad. Deberá atenerse a las mismas recomendaciones por lo que respecta al cuidado

y a la confianza. Entra en juego en toda enseñanza pública que se ocupa de la salud, y, por tanto, resulta con frecuencia más realzada por maestros, por pedagogos profesionales bien informados e inteligentes, que por los propios médicos. Estos últimos, sin embargo, deberían esforzarse por no aparecer como completamente desinteresados de esta labor de divulgación. Toda descripción realizada en términos excesivamente técnicos deberá ser evitada, ya que obra de un modo favorecedor del miedo a la enfermedad. Se puede unir muy bien la seriedad, desde el punto de vista profesional, con un cierto sentido de la medida.

Así, las advertencias con respecto a la dieta en tiempos de epidemias de cólera o en lugares infectados de tifoidea deben ser categóricas en lo esencial, pero se evitará establecer listas kilométricas de alimentos y bebidas prohibidos, ya que nadie las leerá por completo, y, por tanto, quizá no se siga lo esencial de ellas. Puede ser que una futura generación de médicos piense de modo muy distinto a la actual acerca de la boga de las infecciones. ¡Cuántas preocupadas madres han sido atemorizadas por esta causa! Si todo rasguño hecho al caerse al suelo, si todo corte en un dedo implicase el peligro de tétanos, todos los jardineros, leñadores y mineros habrían muerto hace tiempo a consecuencia de dicha enfermedad.

Al comienzo de la campaña de lucha antivenérea se incurrió en muchas y lamentables exageraciones. Mientras que yo me afanaba en vano para mover a las autoridades competentes a que llevasen a la pantalla una novela como «Lori Graff» (de Hans. v. HOFFENSTHAL), en la que se describe el peligro de la blenorragia de un modo muy práctico y benévolamente atenuado, millares de personas se dejaban convencer por la equivocada tesis acerca de la herencia de la sífilis que IBSEN expone en sus «Espectros» (obra que, aparte de ello, me parece poseer una auténtica grandeza como tragedia), y otros, en especial sujetos jóvenes, eran atemorizados o embotados por la exagerada descripción de las posibilidades de infección extragenital. Yo mismo he escuchado de labios de un estudiante que había asistido a una conferencia de divulgación en este sentido: «Si los espi-

roquetos pululan en todo vaso de taberna mal fregado, y en toda tabla de retrete, entonces no tengo por qué poner cuidado al realizar el coito, ya que entonces no hay contra la sífilis prevención que valga.» Secuelas raras de la lúes, como es la parálisis general progresiva, deberán ser siempre presentadas como muy raras, como una «especial desgracia» que nadie en general debería tomar demasiado en cuenta, pues, en caso contrario, los contagiados de lúes adquieren una fobia a la parálisis que les trae constantemente preocupados, y que incluso es posible debilite entonces el sistema nervioso central, haciéndole más accesible a las toxinas de los microorganismos.

Con el máximo cuidado debe evitarse despertar en una esposa la sospecha de haber sido infectada por su propio marido. Muchas veces, tal infundada sospecha, deducida a partir de unas palabras imprudentes por parte del médico de cabecera, han bastado para envenenar las relaciones existentes en un matrimonio que con anterioridad se llevaba bien. Si es que en realidad existe tal contagio, deberá aconsejarse al cónyuge responsable que lo reconozca así honradamente ante el otro. Si se niega a ello, el médico adoptará toda medida oportuna para evitar males mayores; pero no deberá revelar nada, si es que el cónyuge responsable no lo estima conveniente: «le sécret médicale est absolu, ou il ne l'êst pas», dicen los franceses, y tienen razón en ser tan rigurosos. El médico da al traste con todos los fundamentos psicológicos de su misión profesional cuando no defiende el secreto profesional contra toda tentativa de relajación, por muy disfrazada de moralidad que aparezca ésta. Obras como la del fallecido psicoterapeuta de Heidelberg Ludwig MAYER (que es muy apasionante y rica en conclusiones), y en la cual se presenta al médico que hipnotiza como provocador de confesiones por parte de criminales, deberán ser rechazadas incondicionalmente en cuanto constiuyen un ejemplo. El médico no es un auxiliar del juez de instrucción, y su consulta, al igual que el confesionario del sacerdote, debe conservar algo del derecho de asilo que ofrece el altar, en el que incluso pueden refugiarse los perseguidos por las Erinnyas para no ser presa de sus flageladores.

Prevenir la enfermedad es una grande y bella misión, que en parte es preclínica, en parte postclínica, y en su mayor parte extraclínica, y en cuyo cumplimiento pueden presentarse muchas dificultades y obstáculos. Dar lugar a la aparición de una hipocondría general y pública sería pagar un precio muy elevado por la sanidad pública. Esto debe ser tenido en cuenta por todo médico que trabaje activamente en pro de ésta. Siempre resulta preferible que el cuerpo pueda ocasionalmente enfermar, que no adquirir un padecimiento psíquico por temer y querer huir de todo género de enfermedades corporales.

V.—CONCIENCIA DE SALUD Y ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD

21 También es sabido por el profano cuán diversamente reaccionan los hombres ante la enfermedad. Y, pese a todas las diferencias individuales, existen, sin embargo, ciertos modos generales de reacción, que nosotros juzgamos, sin más, como adecuados a la enfermedad. Entre ellos se cuentan en primer lugar las alteraciones sufridas por nuestra vida habitual y cotidiana, y que dependen del hecho de estar enfermo. En ellos aparece la enfermedad, por tanto, como obstáculo, contrariedad, impedimento: aplazamiento de un importante viaje de negocios, falta de asistencia a una festividad familiar, alejamiento durante semanas de la actividad profesional. Todo ello trae consigo depresión, mal humor, tristeza, Esto aparece, desde luego, como cosa natural; mas, de todos modos, la manera como tiene lugar, el considerar qué reacción afectiva es la que predomina o falta, permite a veces importantes conclusiones acerca de la caracterología de un sujeto tales como no es factible realizarlas durante la salud y en la vida habitual. Más esencial para la psicología clínica es el grupo de las reacciones inmediatas, las cuales aparecen en el enfermo consecutivamente a su sensación de enfermedad, y que surgen de la propia corporaleidad afectada, alterada, debilitada.

Todo dolor entorpece la participación en cuanto no se refiera a él Wilhelm Busch, el gran ironista y consolador, ha expresado esto con respecto al dolor de muelas, de un modo clásicamente humorístico, captando magníficamente la brusca introversión de toda la apercepción sobre la vivencia dolorosa. Todo dolor, incluso aquel que hasta cierto punto es insignificante, implica dicha tendencia. Asimismo la alteración funcio-

nal acostumbra desencadenar inquietud, incluso ansiedad, ya sea aquélla de índole cuantitativa (debilidad) o cualitativa (centelleos en la vista, escotomas, ruidos de oídos, sabor repugnante de boca, miembros «dormidos»), así como mal humor, impaciencia, genio desabrido o preocupado. Para el paciente, todo comienza a girar en torno al propio estado; no hace más que pensar en ello; no se lo «puede quitar de la cabeza».

Aquellos sujetos que rara vez están enfermos se sienten también irritados, de cierto modo, pues no alcanzan a comprender cómo, dada su sana complexión, puede sucederles algo análogo. Mucho más raro de ver es lo contrario de esto, es decir: fastidio y disgusto en las personas de mala salud al ver que de nuevo se encuentran enfermas. Tales sujetos acostumbran adoptar una actitud de resignado abandono frente a sus frecuentes enfermedades, se hallan acostumbrados a ellas. Sabido es cuán sufridos son, como pacientes, los niños enfermizos. Se resignan silenciosamente, sin quejas, a veces incluso de un modo alegre, a estar siempre enfermos, y en su actitud hay algo conmovedor. Puede considerarse como completamente adecuada la necesidad que sienten muchos enfermos de estar solos, de que se les deje en paz, de refugiarse en sí mismos. Ya el animal salvaje que vive en plena Naturaleza, cuando enferma, procura esconderse en sitios donde sea difícil encontrarlo; se separa de sus congéneres aun cuando pertenezca a una especie muy sociable y viva habitualmente en manada o rebaño. De todos modos, esta necesidad de reposo, que frecuentemente es también necesidad de silencio y tranquilidad, se mezcla con ciertos elementos morbosos específicos (véase más adelante), y ello es patognomónico de ciertos estados morbosos (grippe).

El que *sea adecuado un modo psíquico de reaccionar al hecho de estar enfermo,* depende, naturalmente, del modo de ser del paciente cuando estaba sano. Aquel que es fuerte, que siempre gozó de vigor y que habitualmente es infatigable, puede reaccionar, precisamente, con ira, con protestas e incluso furiosamente, al hecho de estar enfermo. Le parece que se trata de una injusticia que se comete con él, o como una debilidad, que en el fondo es incomprensible e imperdonable, y de la cual es

él culpable. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que todo esto no siempre resulta tan sencillo y aparente como aquí lo exponemos.

Por el hecho de estar enfermo surgen determinados aspectos que no jugaban ningún papel primordial durante el estado de salud del sujeto, o a los que los allegados de éste no prestaban atención. Entre ellos figuran rasgos de carácter y, en general, factores integrantes del modo de ser, a partir de los cuales, y una vez que se les conoce, la reacción del enfermo a su enfermedad no aparece tan inadecuada como semeja a primera vista. Una conducta irritante, «chinche», no resulta a veces sino de la agudización de tendencias que ya de vez en cuando surgían durante la salud. Una exagerada timidez puede saberse ocultar a veces bajo una máscara de altivez y sequedad de modales que no hace sino encubrir la propia inseguridad y el íntimo desasosiego; mas, a pesar de ello, puede darse a conocer a través de pequeños detalles a las personas próximas al sujeto. En resumen: lo que considerado desde el punto de vista general y objetivo puede aparecer como inadecuado, ya que no se halla en relación con lo insignificante de la enfermedad, puede resultar adecuado desde el punto de vista subjetivo, es decir, desde el punto de vista de la caracterología del sujeto que ha enfermado, de su modo de ser. Precisamente, y por lo que a este particular respecta, la enfermedad nos permite frecuentemente sondear irregularidades y recovecos caracterológicos que apenas resultan visibles bajo la tranquila superficie que el sujeto sano nos ofrece en su vida habitual.

Mas con una sorprendente frecuencia sucede lo contrario: numerosos «neurópatas» y «psicópatas» no aparecen jamás tan normales como cuando están enfermos. La experiencia nos muestra con cuánta frecuencia el neurasténico, que al menor pretexto que surge en la vida cotidiana «se sale de sus casillas», «pierde la cabeza» y molesta a los demás (y a sí mismo) con mil chinchorrerías, con temores acerca de bagatelas a las que su fantasía de hipocondríaco hace tomar gigantescas proporciones, en cuanto aparece un auténtico peligro, en situaciones muy difíciles, en los duros golpes del destino, frente a serias amenazas

vitales, se convierte en un hombre tranquilo, sereno, de sangre fría, prudente, que jamás hubiera podido sospecharse tras el sujeto lunático, voluble y desordenado, de reacciones frecuentemente insensatas e imprevisibles, al que conocíamos en la vida habitual. Los diez años de guerra comprendidos entre 1914-18 y 1939-45 nos han proporcionado en este sentido una asombrosa cantidad de material. Hombres que durante los bombardeos de artillería o ante el avance de los gigantescos tanques habían permanecido en sus puestos con férrea imperturbabilidad, en cuanto se hallaban convaleciendo en el cómodo hospital de campaña o en la casa de reposo importunaban a los médicos y al personal auxiliar con las nimiedades más risibles acerca de su propia salud.

En todo ello debe entrar en juego algo que radica en el fondo o en trasfondos instintivos, obscuramente impulsivos, endotímicos o incluso hipotímicos de la vida psíquica, pues también el animal indomable, el niño rebelde o el peligroso salvaje pueden ofrecer una actitud de sorprendente y dulce paciencia y de tranquila resignación cuando se ven atacados por una grave enfermedad. Hoy por hoy no podemos sino consignar el hecho tal como se presenta. Nuestra auténtica «psicología profunda» es aún muy imperfecta para permitirnos una explicación fisiopatológica satisfactoria (una cierta «psicología profunda» de índole auténtica sabría, naturalmente, y de modo muy seguro, qué es lo que sucede en tales casos, pues sencillamente inventa lo que va de acuerdo con sus suposiciones). Aquí nos hallamos ante auténticas reacciones inadecuadas al hecho de estar enfermo, por muy simpáticas que nos parezcan: inadecuadas tanto en sentido objetivo como subjetivo, inadecuadas con respecto a la auténtica seriedad del peligro e inadecuadas con arreglo al desasosiego que mostraba el paciente ante peligros mucho más insignificantes, e incluso meramente imaginarios, durante sus días de salud. Parece paradójico y, sin embargo, sucede así: no pocos anormales psicofísicos se vuelven tanto más normales desde el punto de vista psíquico cuanto más seriamente enferman de un modo somático.

Corresponde, pues, a la misión profesional del médico restablecer la auténtica adecuación entre enfermedad y enfermo allí donde aquélla falta o se ha trastornado. Y corresponde a su misión, ya que, según las circunstancias, dicha adecuación supone un esencial apoyo con vistas a la salud. Ya que las actitudes de índole excesiva o desviada, ante la propia enfermedad, que por tanto son cuantitativa o cualitativamente inadecuadas (ya se trate en ellas de actitudes hipocondríacas, excesivamente aprensivas, o que tienden a ver todo más grave de lo que en realidad es); pueden ser tan perjudiciales para la fe y voluntad de recuperación de la salud como una comprensión de la propia enfermedad que considere a ésta demasiado frivolamente, que la disimule o que disminuya su importancia, descuidándose así las necesarias precauciones, las prescripciones del médico, las reglas del tratamiento. La insuficiencia funcional ya existente puede verse influída por dichas actitudes, en el sentido de que se facilite el surgir de peligros o retrasos que dificulten el retorno a la salud.

¿Cómo hacer compatible este deber médico de rectificación de actitudes del enfermo con aquella postura de «confianza pronóstica» que hemos recomendado en páginas anteriores? Puede surgir aquí, de hecho, un conflicto de conciencia profesional para el médico, una colisión de deberes, que el médico deberá resolver de modo «salomónico», con respecto a sí mismo y con respecto al paciente. Ya se ha dicho anteriormente que incluso puede ser necesario revelar al enfermo un diagnóstico sumamente desfavorable y capaz de atemorizarlo, con el fin de hacerle entrar en razón y que obedezca a la terapéutica establecida; así, por ejemplo, para que acepte una inmediata intervención (carcinoma) o el inaplazable ingreso en un sanatorio (T. P.).

No siempre habrá que apelar a este rudo procedimiento. A veces bastará con decirle al enfermo: «No debe hacer usted tal cosa o tal otra; usted se encuentra todavía muy enfermo, y sólo recuperará la salud si obedece mis prescripciones al pie de la letra.» Aquí, precisamente, se muestra decisivo el valor de una actitud firme y seria; así, por ejemplo, en cuanto a la voz y al gesto, excluyéndose todo conato de oposición. Esta ac-

titud decidida ahorra al médico el empleo de palabras capaces de inspirar terror, tales como carcinoma, tuberculosis, esclerosis coronaria y otras análogas. No siempre se trata, gracias a Dios, de padecimientos internos incurables o amenazadores para la vida. También en el estadio terminal de una grippe puede constituir un imperativo procurar poner el máximo cuidado con el fin de evitar recaídas y recidivas de dudosa solución (bronconeumonía) o complicaciones (insuficiencia miocárdica). En todo ello debe mantenerse la actitud de confianza en cuanto al pronóstico, y tan sólo se cambiará de actitud en muy determinadas circunstancias («Si no hace usted caso, tendrá usted la culpa de que su enfermedad no se cure», «No me hago responsable de las consecuencias», «Se perjudicará usted para siempre»). En general es recomendable procurar una adecuación de la conducta en sentido opuesto y suprimir actitudes hipocondríacas, tanatófobas, pesimistas: «Realmente, no le echo nada en cara. Usted volverá a estar sano y vigoroso, pero debe creer usted que sucederá así, y querer curarse, pues, de lo contrario, no hará usted sino dificultar mi tratamiento.» Aquí deberán alternarse el consuelo, el consejo, la bondad, con la decisión y el reprender de un modo ponderadamente táctico. Esta «ponderación táctica» es lo que más importa; la rudeza impulsiva y la falta de autodominio por parte del médico pueden estropearlo todo. Como el sacerdote, como el educador, como el juez, también el médico hará bien en elegir un tono de voz severo, dominante y duro para dirigirse al cliente de espíritu apocado, negligente o desobediente. Aquí se trata de un «papel» que el médico debe desempeñar. El médico, como los profesionales antes mencionados, no debe salirse jamás de su papel, aun cuando éste le sea sumamente desagradable.

Los métodos auxiliares basados en la hipnosis se muestran a veces eficaces para facilitar el tratamiento de enfermos demasiado timoratos, o quejumbrosos, o muy inquietos. Rara vez habrá de ser empleada la hipnosis propiamente dicha, mas el alentar, el dar sistemáticamente ánimos, el disuadir acerca de los escrúpulos, mientras el paciente permanece cómodamente echado sobre la cama o sobre un diván, con los ojos cerrados y

el médico coloca su mano sobre la suya o sobre su frente y le habla en tono apagado, regular y persuasivo, pueden obrar extraordinariamente bien. Constituye un mérito innegable de BREUER y FREUD haber logrado que los médicos enfocasen nuevamente su atención sobre esta técnica del diálogo, y tampoco hay que echar en olvido al bueno del farmacéutico COUÉ, que nos hizo ver de nuevo la simplicidad de medios técnicos que, por lo que respecta al lenguaje, suponen dichos métodos sugestivos, si bien la uniforme simplicidad de sus principales fórmulas y latiguillos han de fracasar en muchos casos individuales. Podría designarse como adecuación debida u obligada la actitud ante la enfermedad que ha de ser enseñada en general a todos los hombres. Han de tomarse también en serio pequeños síntomas, ya que pueden tratarse de señales de aviso acerca de males muy hondos; pero esta seriedad debe hallarse dominada siempre por la confianza de que todo padecimiento puede ser vencido si se reconoce y trata a tiempo y adecuadamente. Tal adecuación del yo físico al psíquico constituyen una de las finalidades de una eficaz educación médica del pueblo, mejor dicho: de una educación médica popular, de una «demoprofilaxis» bien entendida.

Corresponden a la psicopatología y a la psicoterapia las inadecuaciones aberrantes, paradógicas, del modo de comportarse, las cuales entran de lleno en lo auténticamente paranoide, en lo fóbico o en lo histérico; en lo francamente neurótico y neuropsicótico. Ya no se las puede incluir dentro del marco de la psicología clínica y exigen el empleo de técnicas de abordaje que no se hallan al alcance del médico clínico general, sino que deben ser confiadas al especialista. Será, por tanto, siempre aconsejable buscar a tiempo la ayuda de éstos en tales casos de inadecuación, aunque no sea más que para escuchar su autorizado juicio acerca de la probable duración y de la importancia de tales hechos sobreañadidos a la enfermedad. La hipnosis, el psicoanálisis, el entrenamiento autógeno, el tratamiento de sugestión vigil, calculado previamente a largo plazo, son «psicotécnicas» que suponen un largo aprendizaje y cuya carencia de dominio por parte del médico práctico no supone para éste nin-

gún defecto de preparación, así para el ginecólogo, el internista o el cirujano, el dermatólogo o el oftalmólogo.

Por esto, traspasar a tiempo y sin disgusto un caso al colega especialista no supone jamás el reconocimiento de una propia impotencia profesional; sino, por el contrario, una fortaleza de la ética profesional: la de reconocer los límites de la propia posibilidad de actuación. Con respecto al acto mismo de la transferencia a otro colega, acto delicado y difícil, rige lo que con anterioridad dijimos al hablar de las consultas entre médicos. Postulado esencial es en ello respetar al paciente como personaje principal y posponer a la consideración para con él y al objetivo de su restablecimiento toda susceptibilidad profesional por parte de los médicos interesados.

23 Aquellos modos de comportamiento que en el primer capítulo designábamos como «relaciones apócrifas» y como «nosomnesis» corresponden asimismo y en su mayoría a los dominios de la neuropsiquiatría (esta especial mezcla, de aspecto a veces dudoso y, sin embargo, imprescindible, de neurología, psiquiatría y medicina interna), de la psico-(pato)-terapia en sentido estricto, a la consulta del neuropsiquiatra, a la clínica o policlínica de enfermedades nerviosas, a los sanatorios del mismo tipo. A pesar de ello, algunos de estos casos se hallan situados tan marcadamente en la frontera existente entre la salud psíquica y la anormalidad, pertenecen de modo tan propio a lo que consideramos como habitual y cotidiano, y no a lo que denominamos morboso, que es más bien el médico no especialista el que los visita, y sobre todo el médico de familia, el cual no solamente trata a los miembros de ésta cuando están enfermos, sino que les aconseja profiláctica y biagógicamente cuando están sanos.

Muchos de los mencionados casos no quieren acudir al neuropsiquiatra, consideran sus propias «rarezas» como parte inseparable de ellos mismos, que no debe ser curada, sino «tratada» como tal, y a la cual «hay que seguir la corriente». Y esto último lo sabe hacer con gran frecuencia y mucho mejor que

cualquier especialista, la esposa, un amigo de la casa, una hija o una hermana. Puede suceder incluso que el médico prefiera mantenerse alejado de estas intimidades del enfermo, el cual no toleraría verle investigar en ellas, o bien lo tolera de muy mala gana, y precisamente por esta «actitud de obstrucción», impuesta por determinadas circunstancias, es necesario que el clínico conozca algo acerca de estos modos de ser «raros», que en parte considerable corresponden a extravagancias y «manías», a «spleens», excentricidades, etc., propios de la humana naturaleza. Entre los que los presentan se cuentan caracteres e intelectos muy destacados. Muchas veces se trata del precio que ha de pagar la armonía de la personalidad por cualidades individuales que se hallan por encima del término medio. Es el tono menor de lo no habitual frente al tono mayor de la medianía.

24 Las llamadas relaciones o vinculaciones apócrifas, no nos permiten saber, debido a su falta de claridad, si debemos interpretarlas como causales, funcionales, correlativas, condicionales, coexistenciales o como quiera que se denomine a las correspondientes categorías. Lo mejor es que las consideremos simplemente como «vinculaciones», término que no prejuzga nada.

De todos modos, nosotros comprendemos «causalmente» que la espera de algo placentero desencadena un acceso de jaqueca, ya que precisamente esta última se halla, en todo caso, estrechamente ligada a determinadas labilidades vasomotrices encefálicas (cuando no es que éstas consisten precisamente en aquélla) y todo afecto, aparte de su especial contenido, es capaz de desencadenar espasmos vasomotores, de modo análogo a cómo pueden unirse manifestaciones secretorias a emociones completamente diversas entre sí (se puede llorar de pena, de alegría por hallarse conmovido, de rabia, de angustia). Si uno (o lo que es más frecuente, una), se pone malo siempre que va a surgir algo que se espera con alegría, y la enfermedad estropea entonces, y continuamente, el cumplimiento de aquello que se espera (participación en una fiesta, presentación en público, un

viaje interesante), la vinculación es tanto más chocante, si no aparece un semejante, enfermar cuando se espera algo desagradable. Un enfermar que da siempre al traste con el cumplimiento de cosas que se esperan, debe depender más bien de vinculaciones mucho más complicadas que no de una causalidad rectilínea. Nos hallamos muy lejos de conocer aquéllas. Y lo mismo puede decirse acerca de aquellas enfermedades físicas en cuya patogenia se nos aparece, en la actualidad, precisamente, la concausalidad de factores psíquicos, e incluso de bruscas oscilaciones del ánimo, como absolutamente enigmática.

Las «fiebres nerviosas» corresponden a la bella literatura; los traumas anímicos graves tienen efectos patológicos muy distintos (si es que los tienen), a la producción de enfermedades infecciosas con fiebre elevada. La famosa angina por motivo de un noviazgo roto, de V. von Weizsäcker, aparece ante nuestra consideración, y en primer lugar, como «post hoc» inexplicado, cuyo «propter hoc» es uno libre de admitir o de dudar. La deducción del «propter hoc», permanece en todos los casos semejantes (que nos proporciona la investigación estadística) fuera de toda comprobación exacta del grado de verosimilitud, y con ello, de eliminación de una unión causal, ya que incluso las repeticiones múltiples del acontecimiento no alcanzan el «gran número» cuya «ley» cabría aplicar, y la «ley de los números pequeños» que ha querido encontrar el economista von Bortkiewicz aparece como problemática. En estos casos jugaría un importante papel la «impresión», la cual jamás podrá sustituir a una consideración científica. Una alegría que se frustra a sí misma, una infección que surge de un modo psicógeno despierta, por lo menos, la sospecha de que existen trasfondos histeroides, pues es característico de la alteración histérica psicofísica que se impida y obstaculice a sí misma aquello que en apariencia desea, y que sus emociones psíquicas correspondientes sean capaces de provocar efectos físicos, que no escapan al control del organismo psicofísico sano, sino en los estados de hipnosis profunda, e incluso en estos de modo condicionado, parcial y en determinados momentos.

Desde los estudios de Breuer, continuados y ampliados por

FREUD, sabemos de modo indudable que a partir del trauma psíquico pueden producirse conversiones histéricas. Decimos «pueden» y no «deben», pues muchas veces, una vivencia no adopta las características de «trauma» sino por acontecer sobre un terreno psicofísico histérico y congénito. Las mencionadas «vinculaciones apócrifas» advierten, por tanto, acerca de la posibilidad de pensar en su naturaleza psicotraumática, y éste es su principal significado desde el punto de vista de la psicología clínica. Esto es especialmente válido con respecto a ciertas fases vitales histerotropas: la menopausia y en general la pubertad avanzada, y en caso de no haberse dado cumplimiento al imperativo de la especie, hacia los treinta años («crisis de soltería», neurosis de soltero), en el climaterio o en el preclimaterio (entre los 40 y los 50 años).

Precisamente frente a tales «traumas» (en los cuales pueden también entonces convertirse conmociones psíquicas relativamente insignificantes), corresponde al médico de cabecera una agradecida labor para esclarecer y para ayudar a superar. No siempre son necesarios los servicios del psiquiatra o del psicoterapeuta, pues no siempre sucede que su esclarecimiento requiera técnicas especiales, tales como la hipnosis o el análisis, a causa de hallarse reprimida en el «inconsciente». Muchos de tales traumas no son, ni mucho menos, reprimidos o inconscientes, sino que, por el contrario, se imponen a la conciencia, y es en esto, y no en su inconsciencia o represión, en lo que estriba su propiedad de hacer padecer, de molestar, de agotar, y pueden por medio de esfuerzos convulsivos, pero inútiles, realizados para apartar la vivencia de la conciencia, trastornar toda la vida interior, «revolverla» y avanzar así hacia la histerización.

Aquellos sujetos a quienes sucede esto se ven obligados a pensar constantemente en dicha vivencia, que no pueden liquidar precisamente por sí mismos. Anhelan encontrar un alma que les comprenda y a quién poder revelársela, y cuán frecuentemente se resuelve todo el padecer cuando «abren su corazón» unas cuantas veces y se resuelve la maraña, no raras veces entre torrentes de llanto de alivio. Este «alma comprensiva» podrá serlo el médico si tiene finura de tacto, bondad y es capaz de

guardar secretos. Aquí, realmente, no necesita poseer sino estas cualidades psíquicas que no requieren una formación especial, y puede ahorrarse el empleo de una rutina técnica. El logro de la relajación psíquica hace que desaparezcan los efectos psíquicos «apócrifos» de la tensión psíquica; el cliente cesa de ponerse enfermo en cuanto se aproxima un cumpleaños, un viaje, la visita de un ser querido. Sin embargo, el médico debe apercibirse de cuándo no puede avanzar más, por cerrársele de modo permanente el acceso a la psique del enfermo, para pasar entonces éste al especialista, pues seguramente son precisas determinadas técnicas para penetrar en los recintos psíquicos propiamente patógenos; y empeñarse en continuar insistiendo, sin obtener resultado, no puede hacer sino dañar.

Por otra parte, el cuadro puede no presentar forzosamente los rasgos de la histeria. También aparecen neurastenias de modo análogo (especialmente en hombres), aparte de neurosis obsesivas, estados de ansiedad, biastenias de aspecto vago, poco característico, y exige ya poner cuidado para sospechar detrás de tales síndromes algo que puede ser una vivencia «psicotraumática» disimulada. Asimismo, no todos estos traumas son naturalmente sexuales o próximos a lo sexual. En la reducción a esto último del campo visual estribó la decadencia de una rama del psicoanálisis. Puede tratarse de cosas que se hallan por completo fuera de toda relación con el sexo (si es que esto último no se construye artificialmente dentro de ellas, convirtiendo todo objeto en secreto símbolo sexual), de ofensas y humillaciones sociales, de dificultades profesionales, postergaciones en la vida profesional, divergencias matrimoniales; en cuestiones distintas a la sexual, en la cual puede existir aún completo acuerdo, ruptura de una amistad, muerte de un compañero al que se estaba unido por vínculos espirituales o desengaño referente al mismo. Lo característico es siempre el «no poder liquidarlo».

25 Y si así sucede, ello puede convertirse naturalmente en punto de partida de una nosomnesis especial: Si a raíz de aquella vivencia se produjo un «agotamiento nervioso» o si coincidió entonces casualmente una enfermedad corporal, esto aparece siempre como intimamente relacionado con la vivencia en el recuerdo constantemente rememorado. La «causalidad profana» se inclinará fácilmente a presentar aquella enfermedad casual de entonces como una fiebre nerviosa» o algo por el estilo, provocada por la conmoción y el sobrecogimiento a causa de la vivencia. Esta vinculación puede traducirse, tanto en un largo discurso acerca de una enfermedad ha tiempo sufrida, como en una bagatelización de la misma (cuando es anamnésticamente importante), o en un desfigurarla, adornarla, o trastocarla. Las tres cosas surgen de la misma fuente: del entrelazamiento de la enfermedad física entonces sufrida con una vivencia psíquica incontrolable, de la cual no se habla, sino a la que únicamente puede aludirse de un modo indirecto. Si alguien habla siempre de nuevo acerca de una grippe, una escarlatina, una apendicitis que fué operada de modo completamente normal y que sufrió hace muchos años, ello hace sospechar que tiene «motivos especiales» y que en realidad no se trata en absoluto de tal enfermedad, sino de algo que a ella va unido y de lo cual desearia de buena gana verse liberado el que tanto habla, pero que reconoce, por su parte ser incapaz de hacerlo por sí solo.

En cierto caso, por ejemplo, un viudo «confesó», tan solo después del fallecimiento de su mujer, que hacía más de diez años —y en ocasión de hallarse convaleciente de una herniotomia— tuvo un par de veces intimidades eróticas con la enfermera que lo cuidaba, y que desde entonces no había vuelto a tener la conciencia tranquila ante su mujer. Era sabido que con cualquier pretexto, por alejado que estuviese de dicho episodio, comenzaba a hablar de la operación que había curado normalmente, con toda suerte de detalles, adornando y ampliando el hecho, en sí insignificante, del modo más extraordinario. En resumen: las nosomnesis poco habituales siempre hacen sospe-

char si no se oculta tras ella algo psíquico, escondido tras la tenaz evocación del recuerdo de la enfermedad, o, a veces, por ejemplo, en anamnesis más tardías, por la tenacidad en el olvido de la misma.

Si no es éste el caso, tales nosomnesis pertenecen entonces, por regla general, a aquellas afecciones psíquicas, ya de índole singular individual, ya típica constitucional, que son específicas (y concomitantes) a modos somáticos de enfermar. Representan entonces una especie de hipocondria retrospectiva, que puede adoptar un matiz histeroide cuando la insistencia en la evocación del hecho de haber estado enfermo adquiere rasgos que indican que el sujeto se complace en dicho recuerdo o se vanagloria y jacta de haber estado «entre la vida y la muerte» o «al borde de la tumba». Frente a esta actitud, el viejo método de hacer caso omiso de lo que cuenta el paciente es el que nos ofrece mayores probabilidades de éxito. Está indicado en muchos casos ligeramente histeroides y en ocasiones puede ser acentuado por medio de ciertas frases que hagan ver al paciente que rechazamos secamente sus afirmaciones: «eso no tiene ahora ningún interés», «enfermedades así las han aguantado también millones de personas». Pero muchas veces esto no sirve para nada, no se puede cambiar el modo de ser de los sujetos, y si los defectos implicados en dicho modo de ser se manifiestan también en el diálogo anamnéstico, ya sea a través de una excesiva palabrería acerca de una enfermedad sufrida, ya por todo lo contrario, no cabe sino cortar el diálogo o bien soportarlo. Esto es lo único que puede hacerse en casos tales con arreglo a las normas de la psicología clínica.

El banalizar, cuando no la negación, de enfermedades anteriores, se observa principalmente con respecto a un grupo de aquéllas: las venéreas. Aun cuando aquí, precisamente, se ha realizado por parte de la D.G.B.G. («Deutschen Gesellschaftzur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten» o «Sociedad Alemana para la Lucha Antivenérea», fundada en 1902), y en el transcurso de pocos decenios, una labor de divulgación y un admirable trabajo de purificación de todo sucio secreteo, el médico

debe estar prevenido a escuchar en la anamnesis de estas enfermedades toda suerte de negativas e intentos de quitar importancia al asunto: «la gonorrea duró muy poco», lo que fué un chancro duro se convierte en un chancro blando; jamás hubo manifestaciones secundarias, únicamente una erupción sin importancia; el WASSERMANN fué siempre negativo. Ya hemos dicho en el Capítulo referente a la anamnesis que, a veces, únicamente por medio de una pregunta u observación realizadas por sorpresa puede hacer surgir la verdad a la luz del día. A veces puede descubrirse también la verdadera naturaleza del mal diciéndole al paciente: «si se supiera que su enfermedad era de origen sifilítico; podría hacerse desaparecer fácilmente». Si se trata de una anexitis gonocócica en una mujer casada, que no sospecha el origen de su enfermedad, hay que estar preparados a tropezar con una obstinación especial por parte del marido, el cual es, la mayoría de las veces, culpable sin saberlo.

Por otra parte, ningún médico de conciencia irá tan lejos como para hacer una anamnesis referente a enfermedades venéreas sin tener para ello motivos fundados, o incluso a despertar las sospechas del otro cónyuge o a achacar (como a veces sucede) toda esterilidad a una blenorragia negada, y todo aborto a una lúes oculta. Todo esto es contrario a la ética profesional y constituye un residuo, a punto de desaparecer por completo, de aquella época en que tales enfermedades eran «secretas» y se bromeaba acerca de ellas en los círculos profesionales.

La época de masas en que vivimos y sus aspectos técnicos ha traído desde luego consigo menos motivos de ocultación de estas enfermedades: el empleo de personal auxiliar no sujeto al secreto profesional (mecanógrafas, empleados, etc.), en entidades dependientes de una organización sanitaria cada vez más amplia, convierte el diagnóstico del asegurado de tal modo en perteneciente al dominio público, que ciertos sujetos pueden, en vista de ello, creer tener motivos para ocultar sus antecedentes venéreos ante una anamnesis realizada en tales condiciones, mientras que no tendrían inconveniente alguno en confesarlos si tuviesen la seguridad de que únicamente iba a ser el médico quien se enterase.

En 1917, y siendo yo médico del Departamento de Enfermedades Nerviosas del Hospital de Oficiales, de Heidelberg, vi cómo una historia clínica hecha por un colega encargado de la Medicina interna, y en la cual se consignaba el diagnóstico de «taboparálisis incipiente (?)», era pasada por un suboficial de Sanidad a su sucesor en el empleo y cómo este hecho sirvió para que se divulgara el diagnóstico hasta enterarse de él el paciente. La consecuencia fué una depresión de éste, que hizo que hubiese de ser trasladado a mi sección.

Afortunadamente, la punción lumbar y una nueva exploración neurológica realizada muy cuidadosamente, demostró lo poco fundadas que estaban las anteriores sospechas diagnósticas.

Costó, sin embargo, gran esfuerzo convencer de ello al paciente.

Otro grupo de enfermedades ya padecidas que se banalizan o silencian en ocasión de realizar una anamnesis con motivo de una enfermedad somática actual son las *psicosis* propiamente dichas. Si no existe una relación muy evidente entre el actual padecimiento físico y el psíquico anterior, es preferible no insistir sobre el asunto o, en todo caso, no insistir demasiado. Al fin y al cabo carece de importancia con respecto a una artritis deformante de la cadera, o a una bronquitis gripal o una esclerosis coronaria que aquel que las padece haya estado internado hace años o decenios en un establecimiento psiquiátrico, a causa de una fase ciclotímica. El esquematismo en el interrogatorio anamnéstico puede ocasionar innecesariamente situaciones desagradables para el paciente, y éste tiene derecho a considerar que están de sobra tales preguntas. Para apreciar el grado de un alcoholismo existente o sospechado en los antecedentes del enfermo (y en especial de un exceso en la ingestión de aguardientes), puede ser naturalmente esencial la confirmación anamnéstica del padecimiento de un «delirium tremens», precisamente cuando en la actualidad se mantiene la abstinencia y comienza a desarrollarse una cirrosis hepática.

Algunos sujetos que, de modo pasajero, estuvieron mentalmente enfermos, y por tanto, especialmente maníaco-depresivos, (circulares), pierden para el resto de sus días, a pesar de lo que

en sentido contrario afirman numerosos textos, la capacidad de enjuiciar adecuada y justamente su anterior enfermedad psíquica. Jamás aceptarán haber estado enfermos en grado tal que precisaran de un internamiento, que quizás transcurrió en el departamento de agitados. Un ejemplo de esto fué ROBERTO MAYER, el descubridor del principio de la conservación de la energía, el cual negó durante toda su vida, incluso durante los intervalos de normalidad, la gravedad de sus fases de excitación maníaca, las cuales llegaban en ocasiones a constituir accesos de furiosa agitación. Así favoreció que se formasen leyendas acerca de su «encierro» mediante la violencia y de los malos tratos terapéuticos de que fué objeto en el Sanatorio Winnental. En muchas ocasiones no se llega a saber la verdad sino informándose discretamente en el establecimiento mismo donde fué recluído el paciente, pues incluso los allegados de antiguos enfermos mentales tienden a disminuir la gravedad de la enfermedad. La «hipereugenesia» diletante de la sanidad pública y de la higiene racial nacional-socialista, con sus amenazas de eutanasia y esterilización ha favorecido aún más, por desgracia, esta tendencia a silenciar o a quitar importancia a la psicosis de un miembro de la familia.

Asimismo, la divulgación médica popular muestra a veces, y con respecto a estas cuestiones, aspectos muy dudosos. Desde que muchos profanos saben que el «reblandecimiento cerebral» y «medular» son enfermedades consecutivas a una infección sifilítica, consideran el diagnóstico de «tabes», por ej., con desconfianza o terror y no lo admiten de buena gana, y en cuanto se les dice que la tabes podría proceder de un enfriamiento o de un sobreesfuerzo no tienen ya nada que objetar. A esto viene a agregarse que los prolongados períodos de latencia durante el curso de esta enfermedad favorecen, frecuentemente, el no reconocimiento por parte del paciente de la auténtica naturaleza del mal.

Recuerdo un comerciante que padecía una tabes de evolución extremadamente lenta y que durante mucho tiempo solamente se manifestó a través de crisis laríngeas de intensidad

moderada y por una iniciación de dolores en cinturón, disminución de la potencia sexual y rigidez pupilar a la luz con reflejos patelares disminuídos.

Como hipocondríaco consultó a todo género de especialistas, pero sin hacer la menor alusión a ninguno de ellos acerca de su principal enfermedad. Al reprocharle yo esto en cierta ocasión, me respondió: «¿Y qué les importa eso a los demás? Esta enfermedad se la «ofrezco» solamente a usted, señor profesor». (Al decir «ofrezco» quería, naturalmente, significar «revelo»).

También la *epilepsia* es banalizada con mucha frecuencia. Acerca de ella conservan aún su vigencia viejas y supersticiosas representaciones referidas a su origen demoníaco (que ya HIPÓCRATES intentó inútilmente hacer desaparecer hace más de dos mil quinientos años). La «disgénica» del más próximo pasado ha conducido también aquí, naturalmente, al miedo a la esterilización y con ello a una intensificación de la tendencia a ocultarla. El conocimiento anamnéstico acerca de la existencia de una epilepsia puede ser menos interesante desde el punto de vista del diagnóstico, que desde el de la terapéutica, ya que en caso afirmativo recetar alcohol y, en general, ciertos analípticos están absolutamente contraindicados.

Consideradas en conjunto, las variantes particulares de nosomnesis enseñan al médico a conocer al paciente y, por lo que se refiere a determinados aspectos psicológicos, de modo nuevo y, en ocasiones, de importancia. Deberán tenerse, pues, en cuenta con respecto a la relación social-psicológica médico-enfermo. Posibilitan una perspectiva sobre la:

26 *Conciencia de salud* por parte del paciente (y muchas veces también sobre la de los allegados que rodean a éste). Con ello nos situamos frente a un problema central de la psicología clínica, en el cual, como en otras cuestiones, se imbrican los hechos psicológicos con los morales de modo que afecta por igual al arte y al saber del médico, a su «techné» y a su «ethos».

La conciencia de salud, funcionando normalmente, se basa sobre:

I.—*Responsabilidad de la propia salud.*
II.—*Convicción de estar enfermo.*
III.—*Voluntad de sanar.*
IV.—*Convicción de estar sano.*
V.—*Confianza en las propias energías.*
VI.—*Voluntad de defenderse.*

La conciencia de responsabilidad para con la salud propia es normalmente de naturaleza instintiva, o dicho en otras palabras: preconsciente, o bien, y después de haber soportado alteraciones de la salud: «vuelta a desaparecer de nuevo de la conciencia», es decir: nosotros, en general, no pensamos durante la vida cotidiana en que estamos y permanecemos sanos; pero el pensar acerca de ello comienza en cuanto surgen exigencias funcionales extraordinarias o anormales para nuestro organismo, pudiendo tratarse de las funciones vegetativas «inconscientes» o de las funciones «pragmáticas» conscientes.

Exigencias anormales plantea, por ejemplo, la aclimatación a zonas del globo terrestre que nos son extrañas, y en cuya adaptación —a pesar de ser conscientemente cuidados los rendimientos pragmáticos (trabajo físico o espiritual, cuidadosamente medido y ponderado)— pueden aparecer trastornos de los rendimientos vegetativos (actividad cardíaca, digestión, sueño, potencia sexual, humor). Constituyen exigencias extraordinarias para el trabajador intelectual, todo esfuerzo físico desacostumbrado, también el trasnochar, los cambios bruscos de género de alimentación, el «surmenage». Cierto es que frente a estas exigencias existe cierto margen elástico de defensa sin que se despierte la conciencia de responsabilidad acerca de la propia salud, y nosotros calificamos a todo aquel a quien falta esta elasticidad de «blando», flojo, poco viril, apocado, etcétera. Sin embargo, el pasado siglo ha ido muchas veces demasiado lejos en la preconización (deportiva, pero también escolar) de viriles reglas espartanas. En muchos sujetos, los esfuerzos espirituales y físicos han dejado daños permanentes

o también el germen de ulteriores dolencias, las cuales podrían haber sido evitadas de haber sabido mantenerse despierta la conciencia de responsabilidad para con la salud propia. Un capítulo especialmente vergonzoso es el constituido por los daños originados a causa de la llamada «leyenda del alcohol», es decir: por creerse que el beber mucho es señal de hombría; así como la defectuosa conciencia de responsabilidad para con la propia salud manifiesta en la actitud frente a las enfermedades venéreas, las cuales son banalizadas o tomadas a broma como propias de la juventud y como signo de virilidad. En caso de extrema necesidad debe exigirse mucho del organismo, pero si dicha necesidad no existe, no solamente se tiene el derecho sino el auténtico deber de advertir que no puede jugarse con la salud. El hombre joven y sano tenderá, a pesar de todo, a exigirse mas bien demasiado que demasiado poco en este sentido.

Existen dos desviaciones de la responsabilidad acerca de la propia salud, que conocemos bajo los nombres de *actitud hipocondríaca* y de *actitud histérica,* ante el hecho de estar corporalmente enfermo. El sentido de cada una de ellas es distinto y contrapuesto al de la otra.

La hipocondría (síndrome que puede surgir en diversas formas de neuropatía, psicopatía, al comienzo de ciertas psicosis, por ejemplo, depresiones circulares) consta de dos grupos principales de manifestaciones: la «neurastenia irritable», especialmente como neurastenia congénita (y que frecuentemente es más bien una biastenia), y el «agotamiento nervioso» adquirido. El hipocondríaco presta una atención demasiado minuciosa a su salud; quisiera tener una seguridad absoluta y total acerca de la misma y poseer una constante convicción de que todo se halla en orden en su organismo; que no existe ni atisbo de enfermedad. Su conciencia de salud es hipersensible.

En la psique histérica, por el contrario, existe algo que no quiere estar sano, sino que, por el contrario, produce enfermedad para no estarlo.

Ambas actitudes hacen surgir, de hecho, trastornos morbosos. En el histérico, a causa de ser la propia psique la que apela a ellos (ya consciente, ya inconscientemente); en el hipocondríaco, desde luego, en contra precisamente de la intención del sujeto, pero de hecho por resultar desencadenados aquellos

síntomas que podrían ser indicio de enfermedad y cuya aparición es vigilada constante y ansiosamente por esta misma actitud, aumentando así aun más el grado de atención ansiosa que se les presta.

Tanto la hipocondría como la histeria corresponden ya fuera del campo de la psicología clínica para entrar en el de la psicopatología. Pero son ilustrativos como ejemplo de cuán contrapuestas pueden ser las direcciones en que se desvía la conciencia de responsabilidad acerca de la propia salud: el histérico no quiere estar sano; el hipocondríaco quiere estar demasiado sano.

Aferrarse espasmódicamente a la idea de enfermedad, que es propio de ambas actitudes, aunque de modo distinto en cada una de ellas, puede surgir también en sujetos completamente normales con anterioridad, desde el punto de vista psíquico, cuando padecen una enfermedad prolongada durante mucho tiempo. En las enfermedades breves y agudas aparece como afección específica y pasajera de la psique, motivada por la misma causa de la enfermedad (por ejemplo: la infección, como sucede en la grippe); mas desaparece casi siempre con la enfermedad física. Si no sucede así, lo que generalmente ocurre es que existe una disposición hipocondríaca que quizá se había mantenido oculta hasta entonces o a la cual no había prestado atención el médico. Sin embargo, las enfermedades que duran semanas o meses convierten de modo tal en costumbre el hecho de estar enfermo, que la fe en curarse se socava y con ello vacila la propia voluntad de sanar. A veces se desarrolla esto preferentemente en la atmósfera de los hospitales y aparece el llamado «hospitalismo», pero no debe pensarse que este consiste en un cuadro bien determinado, y no pocos pacientes se acostumbran más bien a permanecer enfermos cuando son cuidados en su hogar, mientras que se alegran al sonar su hora de salida del hospital.

Todo ello tiene de común la duración anormal de la convicción de estar enfermo, la cual debe hallarse presente en el estado principal de toda enfermedad, pero que aquí se convierte en imaginación de estar enfermo, la cual se prolonga más allá del objetivo constituído por la curación, la cual se ha alcanzado

ya. La modalidad terapéutica dolorosa o molesta fomenta, en ocasiones, sorprendentemente, este proceso de aferramiento a un supuesto «estar todavía enfermo»: resistencia a la deshabituación a medicamentos sedantes o hipnóticos, el tratamiento por medio de ejercicios después de graves fracturas o de parálisis, la supresión de suplementos dietéticos reconstituyentes. Pero, en general, la prosecución demasiado prolongada de medidas diagnósticas o terapéuticas por parte del médico o de la persona encargada de cuidar al enfermo, puede ejercer un efecto análogo: continuar tomando la temperatura sin que ello tenga ninguna utilidad práctica y el excesivo reposo en cama; seguir administrando innecesariamente medicamentos, baños, masajes, tratamientos eléctricos, hipnosis, clisterios. En este sentido, la medición innecesaria de la presión arterial juega en estos últimos tiempos un papel psicológico que merece especial atención en este sentido.

La moda de levantarse precozmente después de partos y operaciones quirúrgicas puede conducir, con sus exageraciones, a desagradables reacciones tardías, que aparecen mucho después de haber abandonado el paciente la clínica, que es en sí ciertamente más sana, desde el punto de vista psíquico, que el excesivo reposo que se preconizaba en otros tiempos, con el cual se fomentaba el temor a levantarse por primera vez y que, a causa de la debilidad (muscular, por ejemplo) que originaba, hacía que este levantarse fuese más difícil y que el que se levantaba se acobardase más de lo necesario. Con ello, se debilita una voluntad normal de sanar, que no tenía nada de histeroide; se hace vacilar la confianza en las propias energías. Para reforzar ambas se halla indicada una terapéutica que ayude a salir de la convalecencia. Y más bien debe tratarse, primeramente, de una psicagogia que de una fisioterapia: de una conducción psicológica, bien entendida, del paciente hacia el restablecimiento de la salud y de la actividad normal. Podría hablarse de un retorno a la convicción acerca de la propia salud, convicción que culmina en aquella conciencia de la propia y completa capacidad de rendimiento que conocemos con el nombre de lozanía o frescura corporal.

De este camino a seguir por la conciencia normal de salud, una de cuyas etapas se halla precisamente representada por la plena conciencia de estar enfermo durante la enfermedad física propiamente dicha (mientras que, como es sabido, dicha conciencia es justamente un signo de restablecimiento de la salud en las enfermedades psíquicas), se ve aquélla desviada no raras veces por consejos inoportunos procedentes del medio ambiente del enfermo (parientes, conocidos, visitantes) y a veces también por la conducta imprudente del personal auxiliar al que se hallan encomendados los tratamientos (masajistas, bañistas, etc.), lo cual es más de lamentar.

Pero mucho más deplorable es que ello sea debido a aquellos superiores a quienes se halla subordinado el paciente, o de los cuales se cree él depender, tales como jefes, socios, empleados administrativos que se hallan facultados para conferir permisos, autorizaciones de tratamiento, etc., y también, en ocasiones, a funcionarios médicos a quienes corresponde extender certificados.

Es precisamente en la burocracia con lo que tropieza con mayor frecuencia el médico que trata y conduce a sus pacientes, en la actitud incomprensiva por parte de la misma, regida por la ley del «todo, o nada», según la cual un empleado debe estar «rebajado por enfermo» o «apto para el servicio», con lo cual se impide el reacostumbramiento paulatino, por parte del paciente, a las exigencias de los deberes que hubo de suspender a causa de la enfermedad. Existen numerosos jefes y superiores jerárquicos que no quieren saber nada acerca de la conveniencia para el paciente de ocupar un puesto más descansado o que no les precise trabajar durante demasiadas horas seguidas, es decir: lo consideran categóricamente como incompatible con la buena marcha del servicio.

Recuerdo aquí un caso sucedido en Karlsruhe, ciudad típicamente administrativa, y en el que me vi obligado a amenazar (junto con el médico oficial que, afortunadamente, participaba de mi opinión) con extender al paciente un certificado que acreditase la necesidad de su apartamiento del servicio de un modo total en caso de que se le continuase negando el permiso de retornar, poco a poco, a sus ocupaciones habituales. Ya que la capacidad de trabajo del paciente era muy apreciada, se acabó por ceder a aquello que al principio estaba «terminantemente excluído». El médico debe mantener en tales casos su autoridad plena y su actitud como profesional libre, y no permitir imposiciones por parte de funcionarios que no entienden nada de cosas que son de incumbencia médica y no de la suya.

La política de seguros sociales es lo que más ha contribuído a fomentar la falta de voluntad de sanar y la falta de decisión para volver a recuperar las energías. Esto constituye el lado sombrío de los incalculables beneficios que ha aportado a nuestro pueblo dicha política, la cual deseamos defender de cuantas dudas existan en el extranjero a su respecto.

Sabido es que en la idea inicial que llevó a BISMARCK a promulgar una legislación social existía ya un error de cálculo: el gran estadista, que sabía apreciar mucho mejor las fuerzas operantes en la política exterior que las existentes en la vida interna del pueblo y del Estado, creyó transformar al trabajador industrial, proporcionándole rentas, en un rentista del Estado, comparable al pequeño burgués francés, e interesarlo así en la continuidad de la forma del Estado y en el orden social vigente, apartándole, en cambio, de sugestiones utópicas de tipo socialista. En todo esto había ya dos cosas inexactas: en primer lugar, la renta estatal no ha bastado a impedir que el pequeño burgués francés haya hecho cambiar siete veces, en el transcurso de un siglo, la forma del Estado en Francia (1772, 1799, 1815, 1830, 1848, 1852, 1871); por otra parte, es efectivamente rentista del Estado, pero en el sentido de ser acreedor del mismo, con el cual el Estado está en deuda, mientras que al trabajador alemán le fueron «otorgadas» rentas por las cuales se buscaba que estuviese en deuda de gratitud para con el Estado que se las había concedido. Esto era, desde el punto de vista psicológicosocial, exactamente lo contrario que pasaba en Francia: mientras que en esta nación la renta procedente de los valores del Estado debía contribuir a aumentar de un modo efectivo la autoconciencia ciudadana, el desarrollo de ésta se vió perjudicado entre los trabajadores alemanes por las «limosnas» que el Estado se había «dignado» concederles.

El proletariado alemán tomó así, por tanto, esta modalidad de renta como una especie de «plazo previo» que se le pagaba en vista de algo que se esperaba como transformación revolucionaria del orden social y que traería consigo para el proletariado la liquidación total de todas sus cuentas pendientes y con ello un seguro total frente a todo género de necesidades. Este error psicológico en la legislación de los seguros sociales (mientras que desde el punto de vista de la salud pública no produjo sino beneficios) contribuyó considerablemente a la aparición de aquello que designamos como «neurosis de accidente» (neurosis de renta, histeria de renta).

El asegurado aprende a hacer de los seguros el más amplio

uso posible, a disfrutar durante el mayor tiempo que pueda del reposo en cama, del tratamiento, de los cuidados, de los subsidios en caso de enfermedad, a procurar que accidentes insignificantes dejen secuelas duraderas y con ello una renta de invalidez, y a conseguir, con vistas a ésta, una puntuación de invalidez lo más alta posible, a prolongar cuanto pueda el «permiso por enfermo» y a rechazar como objetivamente inadecuadas para él ocupaciones que le son subjetivamente desagradables. También el asegurado privado cae muy fácilmente en tales tentaciones: la de aprovecharse bien del seguro, la de «sacarle algo». ¿Sería entonces de asombrar que tal tendencia arraigase tanto más fácilmente en la esfera de los asalariados, cuya existencia es precaria, cuyo trabajo es frecuentemente realizado sin gusto alguno, a regañadientes, y cuyas familias son exageradamente numerosas?

Ello es demasiado comprensible desde el punto de vista humano; pero, como es natural, no puede ser tolerado, ni desde el punto de vista estatal, ni desde el punto de vista médico. Desde este último, porque la misión del médico consiste en devolver la salud a los enfermos, restituirles el vigor perdido, y esta misión se ve interferida, paralizada, dificultada o retrasada a causa de los mencionados motivos. La lamentable falta de conocimiento de los hombres que frecuentemente demuestran algunos funcionarios agudizó más aún el mal: aquel que haya debido leer muchos expedientes referidos a casos de esta índole observará (incluso en nuestros días), con renovada inquietud, con cuanta frecuencia logran sus fines ciertos sujetos que malignamente rechazan el trabajo, que son hábiles en las artes de estafar, que no se cansan de quejarse constantemente de nuevas molestias y que mienten descaradamente en cuantos datos proporcionan. Esto es en parte debido a lo hartos que están de ellos los funcionarios, al deseo que tienen de quitárselos de encima. Mientras tanto, otras víctimas de la profesión que se hallan auténticamente perjudicadas, se agotan y amargan luchando durante años enteros por sus modestos derechos.

Pero idénticas manifestaciones se produjeron cuando la política de seguros rebasó el círculo de población al que primeramente se limitaba y abarcó estratos profesionales pertenecientes a la clase media (empleados, asegurados voluntarios). La causa principal de la neurosis de renta (que sería mejor designar como «neurosis de seguro»), estriba, pues, en el «principio de seguridad» implicado en ella, que pone en movimiento un impulso a saborear y aprovechar de veras un seguro que es ofrecido, y a no dejarle que se convierta en mera letra muerta,

haciendo así cada vez más dura la lucha por la exigencia de su cumplimiento.

En el núcleo del fenómeno no existe ninguna «intención» consciente, ningún enviciamiento del afán de renta. Interpretarlo así sería completamente erróneo. Las designaciones de «neurosis» o «histeria» con las que se relegó a estas manifestaciones al terreno de lo patológico, fueron debidamente elegidas: substraído a la intención consciente, el debilitamiento en la decisión de recuperar la salud se deriva del impulso hacia la seguridad. No basta con suprimir psíquicamente los restos del trastorno corporal en tanto falte aquel impulso a poner a prueba la recuperada capacidad de rendimientos.

En el fondo, aquí no se trata sino de un grado sumamente elevado de «mentalidad de convaleciente», en la cual están a la orden del día y surgen a cada momento crisis asténicas, aprensiones, recaídas en la sensación de enfermedad. Los primeros intentos realizados para probar las fuerzas recuperadas terminan, desde luego, con frecuencia con un lamentable escarmiento, con un «no poder aún», con un «pagarlo caro». Las convalecencias a largo plazo implican siempre el peligro de una especie de hechizo o encantamiento, del cual no quiere ya librarse aquel que debe sanar. Puede decirse que aquí depende todo del médico: de su arte psicagógico.

Este arte (y con ello abandonamos el angosto círculo de los casos de neurosis de accidente y renta) no se limita, en modo alguno, a mostrarse severo, a exigir incondicionalmente, a una falta de comprensión para toda crisis de debilidad. El empleo de estas actitudes psicagógicas resulta solamente eficaz si detrás de él existe un conocimiento acerca de las efectivas insuficiencias de la capacidad de rendimiento por parte del convaleciente y si se le dirige de un modo inteligente y oportuno.

Las convalecencias prolongadas rara vez transcurren en constante curva ascendente hacia la salud. Aparte de las recidivas, existen en ellas, ocasionalmente, saltos atrás en el estado general, entre los cuales lo más de lamentar y lo más intensamente desalentador es la aparición de una.

27 *Reacción tardía por parte del sistema nervioso,* la cual no es raro aparezca muchas semanas e incluso meses después del acmé de la enfermedad, de la desaparición de la fiebre, de la operación, de la crisis peligrosa para la vida. Se presta muy poca atención a esta reacción tardía, la cual, según las circunstancias, es susceptible de alterar durante años la confianza en las propias fuerzas, y además la convicción acerca de la propia salud, y convertir así a aquél que ya se halla convaleciente en un ser enfermizo y doliente.

La *reactividad tardía* es en sí propia del tejido nervioso. La célula nerviosa es un elemento extraordinariamente tórpido: de cuantas clases de células existen en el organismo es la primera que pierde la facultad de reproducirse por mitosis, probablemente ya en los primeros meses de vida, cuando no antes del nacimiento, y carece de toda capacidad de regeneración. Todas las enfermedades que la atacan transcurren de un modo extremadamente lento; insidiosamente muestran la tendencia a presentar largos intervalos de latencia y retrasos en su evolución (esclerosis múltiple, siringomelia, tabes, senilidad, incluso la parálisis general progresiva). Por regla general, el sistema nervioso, los «nervios», van con retraso en las enfermedades generales, fallan en un momento en que el resto del cuerpo ha recuperado ya su funcionamiento normal.

Queda sumido en la obscuridad cómo ha de ponerse todo esto en relación con la extraordinaria capacidad de cambio, con la readaptación, que frecuentemente se realiza con la velocidad del rayo, y con la rápida capacidad de aprendizaje propias de las más elevadas formas funcionales del sistema nervioso central: las espirituales. Su más bella y misteriosa peculiaridad, por lo que respecta al funcionamiento con retraso, la muestra la célula nerviosa en forma de aprendizaje: mientras que el tejido muscular, por ejemplo, se hipertrofia o hiperplasia morfológicamente cuando se le ejercita (las más de las veces suceden ambas cosas) y disminuye cuando no se le ejercita. En el tejido nervioso no ha sido posible hasta ahora reconocer análogos cambios histológicos; pero, en cambio, conserva durante un tiempo asombrosamente largo y, en ocasiones, durante toda una vida humana, las huellas de los ejercicios a que se le ha sometido, incluso si el ejercicio no ha sido continuado (existen multitud de cosas que hemos aprendido y que no se

nos olvidan por completo aun cuando durante el intervalo no las hayamos repasado). Se trata de rendimientos de las células nerviosas que se aproximan estrechamente a los de las células germinales como portadoras de disposiciones heredadas. Y la famosa «herencia de las cualidades adquiridas», no desde luego en el sentido masivo de la fórmula, sino como heredabilidad de disposiciones ejercitadas amplia y constantemente, no sería así tan absolutamente absurda, de un modo teórico, como acostumbran a presentarla los «seleccionistas» exclusivos. El que de hecho exista no puede, naturalmente, ser decidido sino mediante la observación y no por una «concepción del mundo», sea del género que sea.

Aparte de la, en general, retrasada reactividad del sistema nervioso central, existen también naturalezas especiales que reaccionan con retraso, y muchos sujetos se dan tan sólo cuenta a través de una larga experiencia, y cuando lo han pagado en múltiples ocasiones, de que pertenecen a esta clase de constituciones. Esta reactividad retrasada, de índole personal, permanece mucha veces oculta por ser parcial, es decir, por ser exclusivamente característica del sistema nervioso vegetativo. No pocos temperamentos «impulsivos», «sanguíneos», bruscos, se cuentan entre los que poseen tal característica, gentes, por tanto, que ofrecen un modo muy rápido de reaccionar intelectual y afectivamente, que en muchas ocasiones es tempestuoso y otras veces atropellado, mientras que el acorde final vegetativo surge con sumo retraso. Se trata de aquellos sujetos aparentemente «infatigable», de gran vitalidad, que después de la más dura pelea, de una marcha excesivamente larga, de una noche de juerga, de un debate de varias horas de duración, se quedan tan frescos como si no hubiese pasado nada, y que aparte de esto confían plenamente en su temperamento, sin hacer caso de ligeros signos de advertencia por parte de su organismo. Mas después de unos días o unas semanas, comienzan a aparecer los síntomas de la resaca: bruscas irregularidades en el funcionamiento cardíaco, extrasistoles, aumento o disminución de la presión arterial, trastornos digestivos, un catarro intestinal que no cede, cansancio, depresión, insomnio, disminución de la poten-

cia sexual, todo género de molestias, hipocondria, irritabilidad, biastenia.

Son aquellos sujetos, cuyas «agujetas», después de sobreesfuerzos físicos, surgen al cabo de dos días en lugar de al día siguiente, cuya diuresis, después de tomar al mediodía café muy cargado, aumenta tan sólo a horas avanzadas de la noche; cuya diarrea, a causa de un exceso dietético, aparece tan sólo tres días después de este. El peligro aumenta para ellos por el hecho de parecer al principio que pueden permitirse cuanto les venga en gana, sin que tengan que pagarlo después. A causa de esto, incurren siempre de nuevo en abusos de su capacidad de rendimiento, que en una naturaleza que reaccionase rápida o precozmente traerían consigo trastornos y, por tanto, supondrían una advertencia. El intervalo libre entre la acción excesiva y la correspondiente reacción tardía es, a veces, tan amplio en aquellos sujetos, que la relación causal no es en absoluto reconocida al principio, y tan sólo lo es, la mayoría de las veces, cuando se repiten las experiencias.

Precisamente, después de enfermedades agotadoras con intenso adelgazamiento, pérdida de sangre, flebre alta prolongada, amplias supuraciones o diarreas profusas, así como después de operaciones y de otros tratamientos (curas de agua fría, de obesidad, radiaciones a dosis altas, baños de cieno o muy radiactivos, masajes excesivos) puede resultar muy halagüeño el efecto inicial y ofrecer un bienestar engañoso; el paciente se siente rejuvenecido, como «si hubiera vuelto a nacer»; «es otro hombre», y después de semanas o meses puede surgir un buen día, bruscamente y en cualquier momento, el colapso reactivo tardío. O bien se instaura muy lentamente la reacción tardía, aumenta poco a poco y conserva más bien el aspecto de una inexplicable disminución de la sensación de bienestar y de la capacidad de rendimiento, cuando hacía ya tiempo que ambas habían vuelto a la normalidad. Este contragolpe es casi siempre sentido como extraordinariamente deprimente: la operación estaba equivocada; el cirujano o el ginecólogo se confundieron; el tratamiento fué erróneo; ya no se es «el mismo de antes»; ya no se vale para nada; uno está hecho una ruina. Consolar

y levantar el ánimo a estos enfermos puede ser una de las labores más difíciles del médico. Algunos de ellos caen en manos de charlatanes.

Lo que más eficaz resulta es explicar tranquilamente al paciente el por qué de que le suceda esto; pero para ello el mismo médico debe conocer con exactitud la relación de causa a efecto. Si el paciente llega a reconocer que pertenece a aquellos sujetos de reacciones retardadas de los que antes hablamos, se habrá conseguido mucho. Se requiere con frecuencia mucha paciencia por parte del médico y de las personas que cuidan al enfermo para hacer que éste (que no puede decirse padezca una recidiva de la enfermedad, sino un «contragolpe» consecutivo a ésta) recupere su confianza en la curación, la fe en el total y duradero restablecimiento. Y, sin embargo, resulta imprescindible el tratamiento psíquico de estas reacciones tardías, pues por mucho que sean vividas como físicas resultan enormemente influenciables, de un modo directamente psíquico, tanto en sentido favorable como desfavorable: si no se consigue hacer desaparecer la depresión, el temor, el decaimiento psíquico pueden irse arrastrando durante mucho tiempo, convirtiendo al paciente en una auténtica ruina humana.

El médico no deberá incurrir jamás en el error de despertar esperanzas acerca de la pronta desaparición de las manifestaciones del contragolpe, pues casi siempre resultan engañosas tales esperanzas. Debe preparar tranquilamente al paciente a la idea de que tendrá que soportar las molestias durante bastantes semanas (así, por ejemplo, le dirá: «Esto requiere su tiempo, dentro de unas seis semanas habrá pasado todo; pero hasta entonces debe tener usted paciencia»). Y así cabe que algún paciente se dé por satisfecho, si en realidad ha transcurrido todo al cabo de doble tiempo del que señaló el médico.

Casi más difícil aun, desde el punto de vista psicológico, es la preparación adecuada a lo que ha de sobrevenir. Ya que naturalmente no va a amedrentar al paciente que convalece esperanzado y contento, que «se siente como nuevo» y que se dedica ya a realizar lleno de confianza planes profesionales para el futuro, pintándole con tintas sombrías el período de moles-

tias reactivas que le aguarda. Se procurará, sin embargo, amortiguar prudentemente su excesiva e ingenua confianza. Si acaso, se le puede decir: «Una enfermedad tan grave (septicemia), una operación tan delicada (colecistectomía) como la que usted acaba de sufrir exige considerables cambios por parte del organismo. No tiene usted por qué desesperarse si pasa unos meses algo molesto y las cosas no van todo lo deprisa que usted quisiera; no se preocupe usted si algún día nota cualquier pequeño síntoma, pues no se trata de una recaída, sino de señales que le hace su organismo para que tome las cosas con calma y le deje tiempo para ir readaptándose poco a poco». Frases por el estilo estarían indicadas en muchos casos de convalecencia.

Sin embargo, hay muchas veces en que por desgracia no son pronunciadas, sobre todo en las clínicas quirúrgicas. Esto no debe de ser tomado como un reproche, sino únicamente como la comprobación práctica de una laguna en la terapéutica y profilaxis clínicas. La aptitud para los sectores quirúrgicos del arte de curar acostumbra ser algo distinto de las dotes para psicoterapéuta, psicagogo, psiquiatra. Esto es algo bien sabido desde hace tiempo. El modo de enfocar las cuestiones es distinto en ambos, tanto diagnóstica como terapéuticamente. Nosotros nos preguntamos si es que acaso no existe la necesidad de que en todo establecimiento dedicado al cuidado de enfermos haya, aparte del sacerdote encargado de la cura de almas, personas encargadas de dar una orientación psíquica profana y médica a los pacientes, orientación basada en una previa y auténtica preparación por parte de aquellas, y que tendría como deber descargar al fisioterapéuta de una labor que quizás no es su competencia y para la cual y con la mejor voluntad no dispone del tiempo preciso. Pues una labor de esta índole lleva tiempo, y en ocasiones mucho más que una operación, con las visitas y curas consecutivas a la misma.

Cuando se propugnaba durante la primera guerra mundial, o se practicaba en gran escala, la operación radical de DENKER para el tratamiento de las sinusitis maxilares supuradas, uno de sus partidarios me decía orgullosamente: «En diez días es dado de alta para el servicio el paciente». No tenía, desde lue-

go, en cuenta sino el trastorno local. Pero una vez fuera del hospital, los operados seguían teniendo molestias y los jefes protestaban de que se les devolviese gente a medio curar. Con frecuencia había que mandarlos, durante varios meses, a reposar en una clínica de enfermedades nerviosas, para arreglar lo que un pronóstico quirúrgico excesivamente atrevido había dejado de tener en cuenta. Y cuántas puérperas, a las que el excelente ginecólogo KRÖNIG había hecho levantar al tercer día después de haber dado a luz, y que al décimo abandonaban la clínica, acudían cuatro o seis semanas después a mi consulta de enfermedades nerviosas y mentales por sentirse completamente abatidas.

La psicología clínica, según la cual un jefe de servicio ordena categóricamente, sin que ningún paciente deba rechistar, y en la que este tono de mando crece en progresión geométrica al transmitirse las órdenes a través de ayudantes y personal auxiliares, es desde luego muy sencilla, pero, por desgracia, falsa la mayoría de las veces. Los que de este modo son dados de alta «por curación» constituyen después una carga para los médicos de cabecera o los neuropsiquiatras o son víctimas de los curanderos. Y aparte de esto. crean un ambiente de prevención en contra de la Medicina oficial, diciendo a sus conocidos que no se dejen operar, pues ellos lo han hecho y les destrozaron «los nervios». En ocasiones consiguen hacer vacilar con ello a pacientes que deberían operarse y que dejan pasar así el momento, el «kairos», oportuno para la curación. La cuestión referente a la intervención del psicagogo en las grandes clínicas es realmente seria. En la práctica habitual. el médico, sin embargo, debería poseer los suficientes conocimientos de psicología clínica para llevar por sí mismo la tarea de guía psíquico del paciente.

28 Existen circunstancias dependientes de la edad que pueden ocasionar especiales dificultades por lo que se refiere al completo restablecimiento, de una total convicción de la propia salud, de la ininterrumpida confianza en las propias energías y de la futura voluntad de defensa contra la enfermedad. La primera de ellas es la edad involutiva en ambos sexos, no solamente en forma de climaterio femenino masivo, con su menopausia y término de la fecundidad. La discusión

acerca de si existe o no un climaterio masculino es en el fondo pura palabrería. Si se entiende por «climaterio» el cese definitivo de la capacidad de reproducción, a causa de desaparecer la proliferación de células germinales en los órganos genitales, entonces no la presenta más que la mujer, ya que en ella la menopausia no significa sino el cese de la ovulación, de la producción y expulsión de células germinales.

En el hombre no tiene lugar, en absoluto, algo análogo: aun cuando la producción de esperma disminuye algo cuantitativamente, puede, sin embargo, continuarse hasta muy avanzada la ancianidad, y por muy escépticamente que se considere la sabia máxima del Derecho romano «pater semper incertus», la capacidad de procrear no es tan rara por parte de hombres de más de sesenta años. Sin embargo, y, por término medio, la libido y la potencia suelen disminuir muchas veces hasta desaparecer de hecho totalmente (si se prescinde de la potencia aparente que se origina por hipertrofia prostática) y esto precisamente constituye en ocasiones un grupo de síntomas, de manifestaciones, que, por otra parte, son la mayoría de las veces muy indeterminadas y vagas, de retroceso de la capacidad social de rendimiento en los más diversos sectores, tanto corporales como espirituales y que podemos designar decididamente como «involución viril». Habitualmente, estos signos, que no pocas veces inquietan al paciente, aparecen alrededor de los cincuenta y cinco años. Muchas veces adoptan la forma de «achaques» que escapan a todo diagnóstico local y especial e incluso a una terapia propiamente dicha. A veces surgen de repente (fracaso en un esfuerzo físico, que, poco tiempo atrás, se realizaba como jugando); con más frecuencia de un modo insidioso; muchas veces presentan el difuminado cuadro clínico de una «neurastenia», de una «subdepresión»; mas seguramente sería mejor designarlo como «biastenia». Se prolongan así durante unos cuantos años a lo sumo, acaso de dos a cinco, para dejar luego paso a la estampa del «señor entrado en años» cuya presencia es floreciente, fresca, pero visiblemente avejentada.

No es preciso que exista una arterioesclerosis objetivamente demostrable, incluso en cuadros de ansiedad aparentemente de-

pendientes de una arterioesclerosis coronaria se demuestra después que son «pseudoanginosos» y desaparecen para siempre luego de unos cuantos accesos. Si acaso surge una apoplejía, es, por regla general, de carácter notablemente benigno, de modo que apenas deja tras sí secuelas paraliticas. Rara vez faltan las quejas acerca de fallos de la memoria (especialmente acerca de personas), flojedad de piernas (en excursiones, al subir escaleras) o cortedad de aliento, intolerancia para las bebidas espirituosas y el café fuerte, mal humor o humor sombrío, elegíaco.

Si una enfermedad grave sorprende durante esta época al hombre o la mujer, el proceso de involución senil puede acelerarse y abreviarse de este modo la crisis involutiva. Puede dar asimismo lugar a una convalecencia difícil y prolongada, a partir de la cual tan sólo de modo dudoso va desarrollándose una nueva conciencia de la propia salud y de las propias energías, y, en ocasiones, este desarrollo no se realiza en absoluto. Los pacientes conservan durante largo tiempo, o para siempre, el sentimiento nosomnéstico de que aquella enfermedad les ha acabado de arrebatar definitivamente las energías que les restaban, les ha convertido en unos vejestorios, que ha desaparecido la vitalidad de que gozaban antes. Aquí, sin embargo, el médico enterado y capaz encuentra un agradecido campo de actuación. Pues la biogenia tiende espontáneamente a una nueva situación de equilibrio biológico, vital (en caso de que el cuadro no sea ensombrecido por auténticas lesiones crónicas, tales como las de la arterioesclerosis avanzada), incluso a una próxima y auténtica etapa de perfeccionamiento correspondiente a una etapa que se halla precisamente representada por la ancianidad, el «senium». Honrarla como tal es un imperioso deber para una época en la que nadie querría «ser viejo» y en la que cada cual procura aparentar eterna juventud en su modo de vestir, de comportarse, de trabajar. Sin embargo, la ancianidad sana, con sus características espirituales y anímicas de sabiduría y dulzura, es una de las más bellas manifestaciones de la vida humana en general, pues falta en los animales y es un regalo que la naturaleza y la cultura, unidas, hacen al

genus humanum, que también en esto se muestra como algo más que una mera especie zoológica de «homínidos». El médico puede enseñar a un paciente de esta índole, aunque presente todo género de padecimientos objetivos, a vivir en paz y resignado a ellos y aminorar así sus malestares en grado considerable.

Aquí resulta precisamente muy importante inspirar la esperanza de que aún aguarda una vejez muy satisfactoria. Adoctrinar acerca de este hecho y de la significación de las crisis vitales, puede ser aquí de mucha ayuda. El gran investigador Wilhelm Ostwald (el fisicoquímico) ha recomendado repetidamente un excelente sistema: dedicarse a nuevas ocupaciones, ya sea profesionalmente (lo cual no podrá hacerse, desde luego, sino de modo excepcional); ya como afición, y en esto sí que puede ayudar el médico activamente. Lo único que hay que advertir es que se tenga cuidado de no fiarse demasiado de las propias posibilidades físicas. El famoso matemático Gauss, por ejemplo, se dedicó al aprendizaje de idiomas extranjeros (orientales); el internista Fürbringer se puso a aprender a montar en bicicleta a los sesenta años, e incluso se ejercitaba moderadamente en este deporte; otros se dedican a actividades de coleccionista y encuentran en ellas una inagotable fuente de satisfacción.

En realidad, no es preciso que sea únicamente dedicarse a partir leña la nueva actividad que recomiende el médico. Escribir memorias autobiográficas, aunque sólo estén destinadas a los propios familiares o a un círculo de amigos íntimos, puede estimular y animar de modo insospechado, sobre todo si se apoya sobre un hecho natural biogenético: una eidesis mnéstica, la eidesis tardía, es decir: el surgir de imágenes interiores recordadas y extraordinariamente vivas (probablemente en conexión causal con procesos fisiológicos involutivos, como la eidesis temprana; la forma pueril-puberal de ésta se halla en relación con la maduración sexual). Mas hay que tener en cuenta que este fenómeno, solo se mantiene en muchas ocasiones durante pocos años, y, en ocasiones, por pocos meses, y que el fallo de la memoria puede ocasionar entonces desaliento y tris-

teza al no poder continuar escribiendo. Así resulta que las distracciones dirigidas más bien hacia el exterior, como son el coleccionar, los juegos (billar, bridge, ajedrez incluso); el aprender un nuevo idioma, constituyen pasatiempos de más confianza por lo que respecta a su duración a largo plazo. Ayudar a los nietos en sus deberes escolares (siempre que se tengan la necesaria tranquilidad y paciencia) puede prestar frecuentemente buenos servicios.

En actitud más crítica debe colocarse la psicología clínica frente a la costumbre doméstica de hacer una temporada anual de balneario. Unicamente debe estar justificada por enfermedades concretas (artritis, coleosis, arterioesclerosis, obesidad, diabetes, etc.). En caso contrario puede ejercer el fatal efecto de convertir precisamente al que envejece, en una persona llena de achaques, de hacerle concentrar la atención, de modo exagerado, sobre el propio estado y de alterarlo hipocondríacamente.

Tampoco desde el punto de vista social-psicológico resultan muchas veces beneficiosas las conversaciones de balneario, las cuales giran en torno a la salud y la enfermedad. El régimen del establecimiento ofrece, junto a las ventajas de su saludable disciplina, el inconveniente de debilitar la espontaneidad y de hacer que el anciano se deje llevar por el esquemático plan de vida. Se hará una experiencia mejor animando a realizar viajes a sitios nuevos (después que la familia ha estado veraneando quizás durante diez años en el mismo lugar), a cambiar de residencia durante un par de semanas, a visitar en invierno alguna gran ciudad y sus museos, teatros, conciertos, restaurantes animados. La estereotipia de la cura balnearia, sugiere precisamente con facilidad al convaleciente la idea de que quizás habrá ya de necesitarla siempre; que le ha «quedado» algo, que nunca volverá a estar otra vez sano del todo. Los balnearios mismos han de poner un interés bien entendido en que les visiten gentes que verdaderamente estén enfermas y no otras que van a ellos buscando un cambio, una distracción, diversiones. Los balnearios de Bohemia deben su florecimiento, ininterrumpido durante siglos, a la fidelidad a este principio, mientras que aquellos otros que buscan atraer a la gente por

medio de reuniones, fiestas musicales o deportivas, casinos, etcétera, después de conocer un auge sensacional son casi olvidados o sufren intensas oscilaciones entre el estar de moda y el quedarse desiertos, según la coyuntura.

29 La enfermedad incurable, mas no mortal, plantea misiones psicagógicas de índole muy especial a la psicología clínica. Sabemos de graves padecimientos corporales, prolongados durante decenios, que coinciden con una normalidad espiritual ininterrumpida. Se cuentan entre ellos los reumatismos de todo género; la parálisis agitante parkinsoniana, la cual constituye una plaga de la ancianidad que (según mi parecer) va en aumento; la mayoría de las siringomielias; muchos casos de tabes, de esclerosis coronaria moderada, y, sobre todo, las tuberculosis, que a pesar de ser catarrales recidivantes, son al mismo tiempo de tendencia indurativa y que pueden prolongarse a través de toda la vida, así como la mayoría de las gastrosis y coleosis, aun cuando éstas pueden influir desfavorablemente sobre la psique, en el sentido de empeorar el humor. No puede hablarse en estos casos de mantener la confianza en las propias energías, pues ejercería un efecto más bien perjudicial. La convicción de estar enfermo se establece, por así decir, de un modo permanente y tan sólo puede ser contrarrestada mediante una voluntad de defensa inflexible, inequívoca, esto es: por una decisión de defenderse ante nuevas exacerbaciones, de complicaciones malignas, de empeoramientos de cualquier índole.

En este sentido, son relativamente más fáciles de tratar aquellos sujetos cuyo padecimiento crónico comenzó en la infancia. Cierto es que en muchos inválidos (jibosos, cojos, tuertos, estrábicos muy acentuados, etc.), surgen cambios de carácter que dificultan el trato con ellos, y especialmente una elevada necesidad de estimación, un impulso a la hipercompensación, una ambición sin límites, una pronta rebelión ante supuestas postergaciones. Mas raras veces se trata de un mal humor gruñón, o bruscamente lunático, de rasgos pérfidos (estos corres-

ponden más bien a los personajes de este tipo que aparecen en la literatura, y en la vida real no deben referirse apenas al defecto físico, sino a una tara neuropática). Pero aquellas cualidades no giran en torno al defecto corporal. Este es muchas veces ignorado, no se admite que estorbe o, en general, que se le sienta; incluso en muchas ocasiones se subleva el que lo posee cuando otras personas le consideran con lástima. Ofrece apenas, por tanto, la posibilidad de un punto de apoyo para que el médico intervenga psicagógicamente, o se hace el más restringido uso de los consejos del médico cuando deben soportarse molestas consecuencias de dicho defecto (por ejemplo, en la cortedad de aliento de los cifóticos). Está bien respetar esta actitud; tales sujetos desean vivir en la ficción de que están completamente sanos y son capaces de cualquier rendimiento. Es mejor respetar esta creencia y únicamente debe exigírseles que tengan cuidado de no imponerse a sí mismos esfuerzos peligrosos que excedan de sus posibilidades. La Historia nos muestra, en numerosos ejemplos, cuánto pueden rendir estos sujetos, así el emperador Carlos V (amigdalitis); Federico I, rey de Prusia (cifoescoliosis); y, por último, el Presidente norteamericano Franklin D. Roosevelt (parálisis infantil). Una lamentable hipercompensación se nos muestra en el destino del Emperador Guillermo II (parálisis obstétrica).

Los niños que padecen enfermedades crónicas (véase Capítulo VIII) son casi siempre enfermos de una paciencia conmovedora. Toman sus sufrimientos como algo que Dios les ha dado y muchas veces avergüenzan a los adultos con su actitud. Habitualmente se introvierten de modo muy acentuado, poseen una intensa vida fantástica, son intelectualmente precoces, debido a la meditación; a veces son precisamente demasiado «sabios» para su edad y se aferran tenazmente a la vida (en comparación con lo que sus compañeros de la misma edad pueden y les es permitido hacer); a pesar de sus dolores, defectos y obligadas renunciaciones, decididos a obtener por medio de la lucha y de la astucia aquello que parece estarles vedado. El momento más peligroso es aquél en que un padecimiento infantil semeja, al menos en apariencia, haber sido curado, como

sucede en las osteítis, artritis y espondilitis tuberculosas. De buena gana se olvida entonces la enfermedad pasada, se rechaza el tener continuamente cuidado y se disminuye la decisión de defensa contra el peligro de recaídas. No se quiere padecer más; de vez en cuando se niega en absoluto haber estado enfermo; se obstina uno, a pesar de la propia insuficiencia, en hacerse el sano, incluso el supersano y se disimula también nosomnésticamente cuanto anteriormente se ha sufrido. Aquí no debe descuidar el médico de cabecera o de familia (pues es el único médico que viene en consideración, ya que los que han sanado, pero a quienes ha quedado algún defecto, no buscarían por sí mismos a ningún otro médico) mantener una incesante lucha con el fin de conseguir una actitud más razonable y no descuidar tampoco fomentar en el enfermo la voluntad de permanecer sano. En esta tarea, el lema del médico podría ser (algo alterado) el siguiente versículo (Gen., 32, 26) de la lucha de Jacob y el Angel: «No te dejaré hasta que me escuches».

30 El médico debe mantener la máxima elevación de espíritu y el tacto más cordial allí donde se enfrente con una interpretación metafísica de la enfermedad. La encontramos, aparte de en aquellas ocasiones en que se cree ver el dedo de Dios en toda bagatela de la vida cotidiana, y con preferencia, en enfermedades muy graves, que se han instaurado rápidamente, en las cuales ha sido cuestión de vida o muerte (perforación apendicular con peritonitis; neumonía con insuficiencia miocárdica; hemoptisis o hematemesis profusas o hemorragias intensas a causa de heridas, etc.) y también durante el transcurso de padecimientos incurables, prolongados durante decenios y muy penosos. La experiencia nos muestra en qué alta medida es capaz de purificar el hecho de estar enfermo y cuán ampliamente es capaz de transformar la actitud íntima de un hombre ante el mundo y el sentido de éste, ante la propia existencia, ante los suyos. Este defecto ético de la enfermedad mueve a algunos, que lo sienten en sí mismos, a otorgarle una interpretación metafísica. Ven en el hecho de haber caído enfermos, de ha-

llarse asaltados por la enfermedad, fijados al lecho o al sillón de ruedas, en el oscilar entre la vida y la muerte durante días o semanas enteras, en la victoria sobre el peligro de muerte, en la salvación de ésta, algo enviado por potencias superiores: por Dios, por la Providencia, por un misterioso «destino»; ven en ello una prueba, una advertencia o incluso una expiación, una llamada a la enmienda, a la fe, a la humildad. Es precisamente el médico librepensador el que más fácilmente se ve en aprieto ante estas concepciones hermenéuticas de la enfermedad. El paciente, que en él confía, quisiera hablar también con él acerca de aquéllas. Y precisamente el médico de conciencia siente que al hacerlo así traspasa la esfera de la misión que es de su competencia. El no es un sacerdote; su reino es de este mundo; debe procurar mantener en él a los que le están confiados; las cuestiones acerca del más allá no son de su incumbencia profesional. Carece de disposición mística; no está muy versado en las Sagradas Escrituras; tampoco se halla filosóficamente preparado para seguir el curso del pensamiento del hombre dolorido que tiene enfrente. Quizás, lo cual es muy frecuente, es librepensador y rechaza íntimamente las ideas de su paciente. Lo mejor que puede hacer es decir a éste con toda franqueza: «Debe hablar Vd. con un teólogo o con un filósofo acerca de estas cosas. Yo no entiendo de ellas y sería igual a estafarle espiritualmente el que yo quisiera adoctrinarle en ellas». Si dice esto tranquila y amablemente, las más veces se lo tomarán en consideración. Es delicado participar, siendo médico, en discusiones de este tipo: el paciente, muchas veces, ha leído mucho y ha meditado aún más, mientras que el médico puede aparecer como poco preparado para sostener un diálogo semejante y ve así su autoridad aminorada.

No es raro que pacientes que se saben desde hace tiempo bajo la influencia sugestiva del médico, acechen el momento de poder demostrarle que fracasa y que ellos son los más fuertes. En ningún caso, sin embargo, debe acostumbrarse el médico a rechazar tales pensamientos de modo poco amable, o incluso burlón. Aquí, precisamente, ha de mostrar si él, que no debe ni puede encargarse de la cura de almas (función que

debe permanecer reservada al sacerdote) conoce y domina, sin embargo, su misión de cuidar también psíquicamente al que está físicamente enfermo. Es particularmente impropio aquel cinismo exagerado, del cual hacían gala con frecuencia numerosos médicos de la era materialista, y ello puede costar al médico la confianza del paciente.

Hay muchas gentes que saben que numerosos médicos son incrédulos y se conforman a ello, aun cuando ellas mismas sean creyentes, e incluso creyentes fervorosas. No hacen al médico preguntas acerca de este particular, pero tampoco permiten que se ataque escépticamente su fe. Si los anhelos espirituales que surgen durante la convalecencia, después de un peligro de muerte o un padecimiento prolongado y molesto, les impulsan a conversar con el médico acerca de estas cuestiones, se mostrarán comprensivos si aquél renuncia a dar interpretaciones metafísicas a causalidades físicas. Que la difteria de un determinado niño, y su salvación por medio de un tratamiento sérico, sean consecuencias de la infección con el bacilo de LÖFFLER y de la inyección de la antitoxina de BEHRING, son consideraciones que se hallan situadas en plano distinto a aquél en que ambas cosas son referidas a una potencia más alta. Para este último modo de considerar las cosas, la infección y la inyección de antitoxina, el peligro y la salvación de éste constituyen instrumentos por medio de los que dicho Poder tienta, somete a prueba y purifica a los hombres.

Un destacado cirujano contestó a un sujeto que, convaleciente tras de una peritonitis consecutiva a perforación apendicular, le dijo lo siguiente, al despedirse de él:

—¡ Dios me ha devuelto de nuevo a la vida!

... con las siguientes palabras:

—El dios que le ha salvado soy yo, señor mío. Si no hubiera llegado usted a tiempo a la mesa de operaciones, su buen Dios le habría dejado morir tranquilamente.

Se comprende que dijese esto en vista de la falta de tacto del paciente, al que había salvado de la muerte, y al cual, en lugar de dar las gracias al operador por el servicio que le había prestado, no se le ocurrió sino aquella frase piadosa. A pesar de

ello, el comportamiento del cirujano resultó bastante salido de tono. Debería haber contestado:

—Y yo me alegro de haber sido el instrumento empleado por Dios para salvarle.

Entonces se habría mantenido en su justo lugar y el paciente se hubiera avergonzado de no mencionarle.

Ya que no siempre se posee la suficiente presencia de ánimo y prontitud de palabra para responder a afirmaciones como las del mencionado paciente, lo más aconsejable es aparentar no haberlas escuchado.

Ya hemos dicho con anterioridad que el médico no debe jamás hablar imprudentemente acerca de la proximidad de la muerte. Constituye asimismo uno de sus deberes no incurrir en faltas de tacto con respecto a los allegados de un paciente después del fallecimiento de éste, cosa que antes sucedía bajo el signo de un grosero cinismo. El médico es, en este mundo, aquella persona que mejor conoce la proximidad del peligro de muerte y quien más íntimamente se opone a él, y nadie ha de esperar que viva el horror de la muerte de una manera tan elemental como es posible suceda con el profano en Medicina, para el cual resulta más bien raro ver morir a alguien.

El médico se desacostumbra a cuantos sentimentalismos implica la muerte, a partir de los primeros cursos de su carrera, cuando diseca cadáveres en las prácticas de Anatomía. Pero este endurecimiento, opuesto a toda sensiblería, y que resulta imprescindible para el médico y obligado por la profesión, no debería llegar hasta unos extremos contrarios a toda piedad, los cuales podrían ofender a otras personas. Todo médico joven experimenta como una de sus más duras misiones encontrar las palabras justas con que dar el pésame a los parientes de un enfermo que estaba tratando y el cual acaba de fallecer. Para esto no es posible dar recetas. El pésame más práctico es siempre el más consolador. Precisamente el médico, por no tener que juzgar a nadie ni condenarle o darle la absolución, ni adoctrinarle, puede decir un par de frases acerca de las cualidades y de la labor desplegada por el difunto, con lo cual no se disculpa de nada y tampoco aparece en el papel de fracasado en evitar dicho fallecimiento.

Los consuelos metafísicos no son de su incumbencia, mas tampoco lo es desilusionar a las personas que tienen fe en un más allá, y en cuanto a las faltas de delicadeza, con respecto a este particular, se hallan por bajo de su propia dignidad. Bien está que éstas hayan desaparecido de las Facultades de Medicina. El profesor de Anatomia, el maestro que enseña a los estudiantes los elementos de su profesión, es decisivamente responsable de que no surjan tampoco en la sala de disección (que constituía antes su lugar predilecto) y de que, incluso frente al cadáver que ha de servir como material de prácticas, se conserve algo del respeto ante la muerte. El «genus humanum» no debería ser jamás y en lugar alguno rebajado a la categoría de una mera especie homínida, y un cadáver humano, un hombre muerto, aun cuando se trate del más insignificante, no es una carroña.

VI.—NOSOPSICOMAS ESPECIFICOS

31 Entramos en una «terra fere incógnita». La literatura médica especializada no ofrece sino muy escasas alusiones que pudieran servir como punto de partida para una auténtica investigación de las alteraciones psíquicas que determinadas enfermedades físicas originan en sujetos mentalmente sanos hasta entonces. Sin embargo, el comportamiento psíquico de un paciente, sobre todo en el vago estadio inicial de una enfermedad somática, puede proporcionar importantes indicios de índole diagnóstico-diferencial que permiten esclarecer el diagnóstico físico. Y, aparte de esto, su conocimiento es ya en sí valioso, pues, aun cuando a primera vista no parezca de utilidad práctica, nunca puede saberse si más tarde o más temprano no lo será.

Partiendo de un neologismo introducido por el patólogo cerebral y psicoterapeuta Oscar KOHNSTAMM y el zoólogo Ernesto HAECKEL: el de «genoma», que significa la totalidad del contenido de un gen, designamos, de modo análogo como *psicoma* la estructura psíquica que acompaña en general al estado físico, también en los enfermos somáticos. Puede así hablarse de un psicoma del estado de lozanía física, de un psicoma de la fatiga, de un psicoma del hambre, y, desde el punto de vista clínico-psicológico, de un psicoma de la tuberculosis, de la grippe, de la tifoidea, de la septicemia, etc. No importa que, según las circunstancias, el psicoma no afecte sino a determinados sectores de la psique total, así, por ejemplo, tan sólo a la esfera tímica (sentimientos, humor); otras veces, a la esfera noética (como sucede con el uso del café, simpatina y otros estimulantes de la noesis); otras, a la esfera eidética e ideativa (como sucede cuando se fuma tabaco, opio, etc.); es decir: a la percepción sensorial, al recuerdo, a la fantasía.

El psicoma se diferencia principalmente de la psicosis en que ésta supone siempre un proceso psíquico bien destacado, mientras que aquél, por el contrario, es un epifenómeno, que la mayoría de las veces es fugaz y que en todo caso no sigue jamás un curso independiente del proceso físico y constituye una manifestación concomitante a éste (fatiga, intoxicación, fiebre, etc.). Naturalmente, los límites no se hallan en ocasiones bien definidos, no sólo con la psicosis propiamente dicha, sino también con aquellas variantes normales del carácter, o, mejor dicho, del modo de ser. Una enfermedad prolongada puede dar origen a neoformaciones del modo de ser, que últimamente siguen su propio camino obedeciendo a una causalidad psíquica, incluso cuando ya ha transcurrido la enfermedad que las originó. Pero no existe en absoluto sector alguno de hechos correspondientes a la realidad en que no aparezcan tales grados intermedios y tránsitos.

32 Los *psicomas febriles* son bien conocidos, y culminan en las *fantasías o delirios febriles*, que, consideradas también por el profano, muchas veces constituyen para él lo esencial de su concepto de enfermedad («fiebre nerviosa»). Mas así como la fiebre misma no constituye, según nuestras actuales concepciones, sino tan sólo un síntoma que puede darse en las más variadas enfermedades, así también al aumentar nuestros conocimientos acerca de las correlaciones patofisiológicas, la causalidad misma de las manifestaciones psíquicas durante la fiebre, que anteriormente eran consideradas como algo naturalmente lógico, se ha hecho cada vez más dudosa. No puede hacerse por sí sola responsable a la elevación de la temperatura corporal, por intensa que sea, de la participación específica de la psique. Una elevación de la temperatura puede obtenerse también artificialmente, y no trae entonces consigo, como consecuencia psíquica, sino un malestar creciente, que puede aumentar hasta la ansiedad e incluso hasta el paroxismo de una angustia irrefrenable, como puede suceder durante la estancia en locales demasiado caldeados.

No existe una simple correlación entre el grado de la fiebre y la intensidad de la alteración psíquica. Incluso por lo que se refiere a las formas más intensas de alteración: a las delirantes y a la contrapartida de éstas: las estuporosas, no sabemos que exista una relación firme con los grados de autocalentamiento del organismo febril, ni conocemos tampoco la que pueda haber entre el neurotropismo físico de ciertas enfermedades infecciosas y el psicotropismo correspondiente. Es decir: la tendencia a atacar al sistema nervioso central y periférico, a provocar o a dejar como secuelas inflamación o parálisis, es peligrosamente intensa en enfermedades tales como el tétanos o la difteria, en las que la psique apenas aparece afectada. Lo contrario sucede en la tifoidea y la tuberculosis, en las que las alteraciones neurológicas son insignificantes, mientras que las alteraciones psíquicas surgen desde un principio en el cuadro clínico o (como sucede en la T. P.) son la mayoría de las veces fáciles de reconocer para una mirada avezada.

El estado de nuestros conocimientos bacteriológicos se halla aún notablemente retrasado por lo que respecta a la patofisiología (y también a la especial fasicidad de la virulencia del «genus epidemicus»), sobre todo en comparación con los grandes avances que se han realizado en cuanto a la morfología de las especies y a la serología inmunológica. Sabemos extremadamente poco acerca del por qué de las localizaciones clínicas específicas y de la selectividad funcional del bacilo de la tifoidea, del vibrión del cólera, del meningococo, del espiroqueto, del plasmodio palúdico, de los distintos virus, de por qué uno ataca a este grupo de órganos y aquél a otro diferente. También, con relación a lo psíquico, el déficit de nuestro conocimiento depende de nuestra carencia de datos acerca de las correlaciones existentes entre las estructuras microscópicas celulares del sistema nervioso central y la especificidad de los rendimientos psíquicos.

Existe abundancia de hermosos hallazgos acerca de la histología de las células nerviosas cerebrales en las diversas enfermedades febriles, pero el conocimiento de aquellas correla-
 ciones psíquicas correspondientes a las alteraciones que apa-

recen bajo la lente del microscopio es extremadamente escaso hasta ahora, y se halla casi limitado a la encefalitis y a la metasífilis (P. g. p.).

Por tanto, así como antes eran atribuídas al aumento de la temperatura propia del organismo todas las consecuencias psíquicas de la causa específica de la enfermedad (tanto si eran leves como si eran graves), es decir, a la fiebre como tal, en la actualidad, con la desvalorización de la fiebre al papel de mero síntoma, se ha reducido su importancia como causa de alteraciones psíquicas a ciertos detalles carentes de importancia. Puede decirse que se limita, por completo, a ciertas vagas e insignificantes alteraciones de índole sensorial y fisiopsicológica. Todos las hemos conocido en ocasión de habérsenos iniciado alguna enfermedad: aparte del molesto cortejo de sensaciones constituído por el escalofrío, que muchas veces surge en forma de estremecimiento, se trata sobre todo de curiosas morfestesias, que frecuentemente acompañan a la elevación de temperatura. Las extremidades, especialmente las manos, a veces también la cabeza, parecen crecer de tamaño, se tornan pesadas y torpes, es como si no nos perteneciesen; se nos aparecen como cuerpos extraños que tenemos que arrastrar con nosotros. Sin que se trate de un verdadero zumbido, se tiene la sensación de amortiguamiento, de embotamiento en los oídos; en la boca aparece una sensación de insipidez. Todo esto puede desaparecer en cuanto el cuerpo se reposa y calienta en el lecho. La sensación general de cansancio, de abatimiento, de desgana, no se encuentra, por el contrario, en una relación muy evidente con el ascenso de la temperatura: puede preceder en varios días a este último y disminuir más bien en cuanto aparece la fiebre, e incluso ser entonces sustituída por una sensación de euforia y actividad. Sabido es cuán poco de fiar son las conclusiones deducidas del estado general, por lo que se refiere al grado de temperatura marcado por el termómetro clínico.

Aquí están a la orden del día las más groseras equivocaciones, y aquella desgana o, por el contrario, aquella euforia de que hablamos son ya precisamente características de los comienzos de enfermedades específicas y se hallan visiblemente

puestas en relación con las intoxicaciones propias de esta o aquella especie bacteriológica. Sabemos de temperaturas febriles elevadas que coinciden con un sensorio casi completamente despejado, y de otras, relativamente insignificantes, que causan obnubilación: lo primero sucede en el tétanos; lo segundo, en la tifoidea. Tampoco puede hablarse de una correlación firme entre la altura de la fiebre y el estado de ánimo, el humor, la «timoforia», el estado subjetivo.

La mayoría de las enfermedades febriles muestran un aumento de la sensación de enfermedad, de paralización de actividades, de desgana a estar levantado, cuando aumentan los grados de la temperatura corporal. Por término medio, uno se encuentra peor cuando tiene 39,5° que cuando tiene 37,5°. Pero la relación permanece tan incierta, que tanto el paciente como los parientes del mismo, y el médico, deben guardarse de juzgar la temperatura, sin medirla, por lo que manifiesta el enfermo acerca de su estado subjetivo. Las grippes, en ocasiones las recidivantes, pueden ocasionar ya con elevaciones muy moderadas de la temperatura, que a veces no llega a los 38°, un extraordinario empeoramiento del estado general, frente al cual es incluso considerado a veces como un alivio que la fiebre continúe elevándose, a causa de la absoluta apatía e indiferencia que ello trae consigo.

En la septicemia, y cuando la fiebre alcanza alrededor de los 40°, no es raro que la sensación de hallarse gravemente enfermo se transforme en una euforia desfavorable en cuanto al pronóstico. Aquí, las correlaciones son, pues, más bien morbo-específicas que febriespecíficas (es decir: termoespecíficas); se basan más bien en la clase especial de enfermedad que en la general oscilación de la temperatura corporal.

Va de acuerdo con ello el hecho de que no raras veces se desarrolla un estado de euforia coincidiendo con la elevación de la temperatura en las hipertemias artificiales, en el baño de agua caliente, así como en el baño de sol, y después de superar un inicial malestar, que a veces es de carácter ansioso. Dicho estado de euforia no supone ya una señal de aviso del peligro. En el baño de sol puede transformarse dicho bienestar, esta

euforia perezosa y laxa, directamente en el cuadro somnoliento y delirante de la insolación propiamente dicha. Tampoco es raro observar durante la subida de la fiebre una laxitud no desagradable, después de que grados de temperatura mucho más moderados han coincidido con un malestar inquieto, irritado, malhumorado.

Todo esto demuestra, a través de un método exclusivamente «negativo», que el psicoma febril es esencialmente y la mayoría de las veces un

33 *Psicoma infeccioso o tóxico,* una alteración fisiopsíquica debida a toxinas de los microorganismos, las cuales circulan por el organismo infectado y muestran una afinidad selectiva por determinadas partes del sistema nervioso: del cerebro, de la medula, los nervios periféricos, el sistema nervioso vegetativo, e incluso por determinadas clases de tejidos y quizá de estructuras celulares o de células. A causa de esta afinidad selectiva es por lo que varian tanto las modalidades generales de participación psíquica, según las distintas clases de enfermedades y los cuadros clínicos correspondientes a dicha participación, como vemos en la tifoidea, tétanos, septicemia, grippe, tuberculosis.

a) Las dos principales formas agudas del toxicopsicoma son la somnolienta (que llega a la estuporosa) y la delirante, y en grados algo más atenuados: la obnubilada y la agitada. La obnubilación puede ser más bien indiferente, apática, desinteresada, embotada, o predominantemente depresiva, acobardada, elegiaca, quejumbrosa; aquélla es más bien propia, por ejemplo, de la tifoidea; ésta, de la influenza o grippe.

La agitación adopta formas predominantemente motoras en ciertas enfermedades (inquietud, querer saltar de la cama, musitaciones); en otras, predominantemente sensoriales («fantasear», alucinosis). Un tercer grupo principal lo constituyen los psicomas de colorido eufórico, que no precisan de ir unidos ni a una obnubilación, ni a una agitación motora propiamente dicha (en ocasiones pueden presentar ambas), sino que mues-

tran un cuadro de alegría completamente inadecuada desde el punto de vista pronóstico, de buen humor ligero y esperanzado.

Este esquema tripartito se subdivide desde luego en la realidad clínica en multitud de formas mixtas, que por su modo de unirse entre sí pueden ser, precisamente, muy específicas de las enfermedades en cuestión. Así el inquieto enturbiamiento de conciencia, durante el cual el enfermo deshilacha las cubiertas de la cama y las revuelve sin cesar, en numerosos casos de tifus exantemático, en especial durante la segunda semana de la enfermedad, o la unión de un agitado insomnio con un gran cansancio y aplanamiento, que tan torturadoramente puede verse en casos de escarlatina y de grippe. Excedería el marco de una psicología clínica querer describir y clasificar más detalladamente estos cuadros clínicos. El médico encontrará la correspondiente literatura en los textos de Medicina interna y también en los de Psiquiatría más extensos, pudiendo reunir mucha experiencia propia acerca de ellos. Jamás podrá establecerse en Medicina interna un diagnóstico a base exclusivamente del cuadro psíquico; pero éste podrá proporcionar de modo inmediato importantes indicios diagnósticos. Junto a una sintomatología aún muy indeterminada, el cuadro clínico psicofísico que ofrece el postrado y apático paciente podrá acaso ser tan impresionante, que, juntamente con el comenzar del ascenso de la fiebre, podrá hacer pensar inmediatamente en la posibilidad, incluso en la certeza, de que nos hallamos ante una tifoidea; así como, por el contrario, una gran inquietud, acompañada de manifestaciones de excitación vegetativa (vómito) nos hará pensar en que comienza una escarlatina. El gran quebrantamiento, la total insuficiencia psicofísica del paciente, muestra con frecuencia de modo más seguro que todas las mediciones de temperatura y todas las auscultaciones que no nos hallamos ante un vulgar coriza, sino ante una auténtica grippe que comienza o que se ha declarado ya, y que, por tanto, está indicado el más severo reposo en lecho y la mayor atención a la posibilidad de que surjan las principales complicaciones de aquella enfermedad.

 En mi opinión, todas las razas de estreptococos desencade-

nan especialmente «fantasías febriles» especiales, plenas de molesta inquietud motriz, mientras se suceden en cadena imágenes del semisueño y el enfermo se siente arrastrado, sin poder hacer resistencia, por este torbellino de imágenes. No es preciso para que esto suceda que la temperatura sea muy elevada ni que la conciencia se halle muy turbia; existe plena conciencia de enfermedad; la conversación con los que rodean al paciente es normal, pero en el momento en que se está tranquilo y sin hablar, comienza la torturadora sucesión de imágenes: una toxeídesis como la que es artificialmente obtenida por medio de drogas en ciertos pueblos exóticos. En ocasiones es síntoma de importancia, pues indica la existencia de un foco de infección altamente virulento, por ejemplo: después de haber abierto un ántrax, un panadizo, un absceso flemonoso. En los ominosos forúnculos de labio hay que prestar especial atención a este síntoma psíquico; la fiebre puede mantenerse mientras tanto alrededor de los 38°. A pesar de todo, este síndrome toxicidético del «torbellino de imágenes» no es tan pronósticamente malo como la euforia específica de las graves intoxicaciones sépticas, cuya aparición exige las más urgentes medidas para salvar la vida.

Para los clínicos y médicos con formación psicológica (no exclusivamente psiquiátrica), estos psicomas infecciosos, como en general sucede en todos los nosopsicomas, ofrecen aún un amplio campo para la investigación de aquellos complejos de manifestaciones y consecuencias, según los cuales pueden diferenciarse las diversas especies y fases nosológicas. Aquí se mostrarían muy útiles «tests» sencillos que pudieran ser utilizados a la cabecera del enfermo y que, empleados con cierto tacto, no molestarían al paciente e incluso le podrían proporcionar beneficiosa distracción. También va siendo ya hora de que la Medicina abandone aquel estadio precientífico representado por la admisión de una «fiebre nerviosa» y supere las denominaciones vulgares y rudimentarias que se emplean aún para denominar a los estados psíquicos. Conceptos tales como los de obnubilación, agotamiento, inquietud, delirio (tóxico), no son ya, ni mucho menos, satisfactorios con respecto a nuestras necesidades semiológicas y diagnósticas.

Una visión de conjunto acerca de los «tests» más adecuados

la encontrará el lector en el Capítulo IX. Se trata en éste de un esquema que no podrá sustituir, naturalmente, a un aprendizaje más amplio, el cual únicamente se puede alcanzar por medio de cursos que deberían organizarse en el futuro combinados con la enseñanza clínica.

b) Especialmente pobre es el estado de nuestros conocimientos con respecto a la tuberculosis y su famosa «euforia», lo cual es asombroso en vista de la extraordinaria aglomeración de enfermos que existe en algunos sanatorios, y que en varios de ellos, como los de Davos y Leysin, es verdaderamente enorme desde hace decenios. El libro de Edgar STERN («La psique del enfermo de pulmón», 1925), que fué acogido en sus tiempos con gran interés, pero que defraudó y cayó rápidamente en olvido, se desviaba de la auténtica cuestión planteada por la tuberculosis pulmonar, y trataba en forma de ensayo psicológico (variedad más cuidada de la psicología vulgar) casi exclusivamente acerca de la «nosopsicomática» del enfermo crónico en general, y especialmente del sometido a un medio ambiente de balneario o de sanatorio. Se trataba más bien de una psicología social (algo ampulosa) de los pacientes y de sus características como tales pacientes, y en gran parte de una topopsicomática del sanatorio. Lo que está claro es que de ningún modo son «eufóricos» todos los tuberculosos, ni siquiera la mayoría de ellos. A pesar de todo, podría darse una euforia específicamente tuberculosa, que se encontraría en un número bastante considerable de enfermos y que permitiría poder hablar de ella como manifestación típica. No es obligado que un tipo sea mayoría, con arreglo al concepto que implicamos en aquel vocablo, sino que significa una forma de manifestación homogénea y cerrada, que se destaca de otras formas homogéneas y cerradas u, homogéneamente, a partir de una múltiple variedad de manifestaciones.

Así podría suceder que en los enfermos de tuberculosis se diese todo género de actitudes psíquicas y estados de ánimo imaginables; pero que en un considerable grupo de ellos predomine un chocante y especial humor eufórico, cuyo matiz (ilusión de vitalidad, despreocupación, frivolidad) es específi-

camente tuberculoso-psicomático. Hay muchos datos empíricos que hablan en favor de que así suceda, pero nos falta aún una concepción exacta acerca de ello. Esto debe reconocerse con franqueza. Precisamente la psicología clínica ofrece aquí un campo de estudio en condiciones particularmente favorables a la psicognóstica experimental, ya que ninguna otra enfermedad (excepto la lepra, que en Europa es afortunadamente rara) reúne a sus víctimas en tan grandes masas y durante tanto tiempo en el mismo lugar como la T. P. (gracias a su moderna terapéutica), y ya que la mayoría de estos pacientes se encuentran en situación de permitir que se experimente en ellos, de modo amplio, con métodos puramente psicológicos.

c) ¿Existe un psicoma venéreo? La sífilis constituye, junto con la tuberculosis, una de las más alevosas plagas populares. Aun cuando ya no posee las violentas características de otros siglos (el «por qué» de ello continúa siendo discutible en patología), ha visto más bien aumentada su peligrosidad por lo que se refiere a sus lesiones tardías crónicas, lesiones cuya relación etiológica con la lesión primaria tan sólo pudo ser establecida con seguridad a partir del descubrimiento del agente (el espiroqueto de Schaudinn, como sería más justo denominarle) y por los métodos de investigación que surgieron a partir de dicho descubrimiento. Entre dichas lesiones crónicas figuran en primer término la aortitis, así como la metasífilis del sistema nervioso central en forma de tabes y de parálisis general progresiva. Si se recuerda que entre el comienzo de presente siglo y la primera guerra mundial existía en algunas grandes ciudades un sifilítico por cada cinco hombres, se comprende la importancia de esta plaga. Las modernas terapéuticas puestas en marcha por la introducción del salvarsán, aun cuando no cumplieron el postulado ideal de Ehrlich, de realizar una «therapia magna sterilisans» individual, se situaron en el mejor camino para llegar a una «profilaxis magna» al conseguir curar con rapidez los principales focos de infección: las lesiones de piel y mucosas de la fase temprana secundaria. Durante el tiempo comprendido entre ambas guerras mundiales les era a muchos dermatólogos difícil mostrar a sus alumnos cuadros

clínicos en sujetos recientemente infectados. La segunda guerra mundial, con las penalidades consecutivas a la ocupación, ha originado un lamentable aumento en el número de contagios; así es que nos tememos que dentro de poco una mujer, de cada cinco, estará infectada.

La p. g. p. (para cuyo conocimiento ha constituído el caso NIETZSCHE el objeto de un estudio, realizado desde diversos puntos de vista, de sus formas atípicas) y las manifestaciones psicóticas concomitantes a graves lesiones cerebrales secundarias y terciarias debidas a la enfermedad, no quedan incluídas dentro de los objetivos de nuestro trabajo. Pero jamás ha sido resuelta la cuestión referente a si es que la sífilis, bien de modo directo, bien indirecto, a través de la afección de todo el organismo por la enfermedad, es capaz de determinar ciertas alteraciones psíquicas que podrían ser consideradas como auténticos psicomas y que no se hallarían comprendidas entre las psicosis propiamente dichas. Desde que sabemos que la «intoxicación» por los espiroquetos aparece, si bien no llega a ser completa, antes incluso de que aparezca la lesión primaria, la posibilidad de que exista tal psicoma nos parece más verosímil. Lamentablemente, nuestro conocimiento acerca de ello es hasta ahora nulo. Lo que existe son vulgares afirmaciones, impresiones vagas, que sería improcedente considerar como conocimientos firmes, y que no resultan mucho más demostrativas que aquella hipótesis del médico vienés HERMANN, que quería hacer creer a sus contemporáneos, hacia fines del pasado siglo, que la infección misma era «psicógena», es decir: que se hallaba provocada por la repugnancia al verificar el coito con mujeres a las que se despreciaba por inferiores o con hombres a los que no se amaba.

En interpretaciones de este tipo se reflejan precisamente las opiniones populares acerca de la «fealdad», no sólo física, sino, mucho más acentuadamente, moral de la infección venérea, el «estigma» del sifilítico, opiniones naturalmente fomentadas por considerar a dicha enfermedad como «secreta». En Alemania costó incluso un esfuerzo ímprobo hacer que los enfermos venéreos de toda clase (por tanto, también, los gonorreicos) acu-

diesen a tratarse en las clínicas del seguro. Tan divulgado se hallaba el concepto de que estas enfermedades son efecto de una culpa, de pecados de juventud, concepto del cual también se hace eco IBSEN en «Espectros» (obra de hondo significado y profundamente conmovedora).

Ha sido precisa una asidua y larga labor de educación en este sentido por parte de la benemérita «Sociedad Alemana para la Lucha Antivenérea», para hacer comprender al público que adquirir una sífilis es un accidente casual y que ciertos sujetos juerguistas y sin escrúpulos no se contagian por ir precisamente con mujeres sanas, a las que seducen, mientras que otros, más inocentes, se estropean la salud para toda la vida durante su primera tentativa de calmar su necesidad sexual con cualquier prostituta. Las campañas de divulgación no han podido evitar del todo, a pesar de todos sus méritos para hacer desaparecer las actitudes de banalización, de reserva vergonzosa o de jactancia estúpida frente a las enfermedades venéreas, las desventajas inevitables en toda divulgación de este tipo, es decir: fomentar la hipocondría, y el más exacto conocimiento de las amplias consecuencias de un contagio sifilítico ha contribuído más bien a aumentar la preocupación de muchos sujetos. Una peculiar mezcla de sentimiento de culpabilidad y de miedo a las consecuencias se encuentra en muchos sifilíticos; pero aquí no se trata, naturalmente, de ningún psicoma de infección en el sentido estricto del término, sino que podría denominarse más bien «de reflexión», originado por las deprimentes cavilaciones acerca del origen y efectos de la enfermedad, que a veces quedan fijadas para toda la vida.

Fórmulas tales como la de «homo syphiliticus semper mendax» expresan en el fondo lo mismo; la enfermedad, de la cual el sujeto se supone culpable, es negada, ocultada, enérgicamente presentada como inofensiva, incluso frente al médico, sin que el paciente mismo crea en la innocuidad de la misma. Aquí tampoco entra en juego una auténtica «represión»; aquí domina también, con frecuencia, una acentuada «imposición a la conciencia» de la representación sobrevalorada de haberse precipitado uno mismo en el infortunio. Existen muchos sifilíticos

que no pueden hablar de otra cosa que no sea la sífilis, no la propia, sino la de otros, a los que compadecen hipócritamente o juzgan farisaicamente. Durante la consulta se tiene, incluso con frecuencia, la impresión de que el paciente ha acudido a ella no tanto para informarse acerca de una nueva cura o del estado de su salud, sino para hablar de nuevo extensamente acerca de su infección y poder así descargarse un poco de su exceso de representaciones de culpa y ansiedad.

El antiguo geólogo de Reichswald, Otto JAECKEL, me expuso en cierta ocasión, en el curso de una correspondencia prolongada durante mucho tiempo, la idea de que esta reflexión autoacusatoria. y fustigada por la ansiedad, acerca de la sífilis adquirida, era uno de los cambios caractêrológicos más extendidos y más ricos en consecuencias que pueden, en general, surgir en personas adultas. Le parecía asimismo que ello había de ser tomado muy en serio desde el punto de vista de la psicología de los pueblos.

Por otra parte, el ginecólogo de Estrasburgo, FREUND, mostró ideas semejantes cuando al querer interpretar, a partir de unas obras literarias del joven GOETHE, la enfermedad de éste en Leipzig durante 1768, se vió complicado en agitadas controversias. Habló entonces del «deterioro» de toda la vida sexual de la humanidad de Occidente a causa de la irrupción de la sífilis y de sus reflejos en lo psíquico, y parecía querer referir a ello todo el «cant» de la cultura contemporánea. Tales afirmaciones poseen aspectos interesantes, pero carecen de fuerza científicamente demostrativa. Aquí también queda todo reducido a impresiones, incapaces de sustituir por sí solas a conceptos bien fundamentados.

Sería naturalmente muy posible que, así como la tuberculosis produce con frecuencia euforia, y la grippe que se inicia, subdepresión, también la intoxicación sifilítica del organismo diera origen a disforia hipocondríaca, que se mantendría mientras circulase por el cuerpo la toxina de los espiroquetos. Pero las posibilidades no son hechos, del mismo modo que las impresiones no pueden sustituir a los conceptos. Hasta la fecha no puede hablarse de un psicoma de intoxicación por la sífilis. Ocuparse más detalladamente del problema, en caso de que éste

exista, debería ser, de todos modos, una misión, no sin importancia, de la psicología clínica.

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, requiere nuestra atención la calidad intelectual y caracterológica de los descendientes de progenitores sifilíticos. Desearía que la pediatría y la pedagogía curativa considerasen con interés este problema. No cabe apenas duda de que así como se producen abortos tempranos, pénfigo de los recién nacidos, etc., así también aparecen manifestaciones «degenerativas» de los hijos de sifilíticos. No siempre (pues ya la propia modalidad de curso de la enfermedad puede ofrecer una proteica variedad de aspectos), pero no raras veces, sin embargo. Mas con el cómodo calificativo de «degenerativa» no vamos tampoco muy lejos. Mi impresión subjetiva es la siguiente: una considerable cantidad de los «dégénerés inférieurs» de grado más leve son heredosifilíticos. Es decir: no se trata de oligofrénicos, pervertidos, criminales natos o prostitutas, sino de gentes que tienen notables lagunas parciales en sus disposiciones, en las que falla algo de índole intelectual o relativo al carácter, algo irrefrenable, naturalezas «problemáticas», contradictorias, alumnos «difíciles», gentes todas ellas de las que tan sólo en condiciones ambientales óptimas (bienestar, vigilancia, educación sumamente cuidadosa), es posible obtener algo de provecho, y que, además, muestran con frecuencia una cierta inestabilidad y graves defectos de rendimiento, es decir: que se hallan psíquicamente degradadas. De RUDDER (en el Cap. VIII de este libro) no hace mención de nada semejante; no parece, por tanto, que la pediatría haya otorgado hasta ahora ningún especial interés a la cuestión. Ya HEUBNER «senior», uno de los padres de la moderna pediatría, no tomaba tampoco muy en serio el perjuicio del sistema nervioso central a causa de la sífilis de los progenitores. En el fondo no hemos logrado ir mucho más allá de los conceptos expresados por KRAEPELIN, en 1910, en el tomo II de su «Psiquiatría» y que ocupan en ella una docena de páginas. Aparte de las formas de idiocia y de la enfermedad de HOMEN (lúes hereditaria tardía), que corresponden a la competencia del psiquiatra, el único resultado obtenido es una «moral insanity» bastante vaga.

Sabemos aún muy poco acerca de la posible frecuencia de los grados más moderados de esta inferioridad psicofísica, en la cual (según las palabras del *Oswald Alving* ibseniano) «los pecados de los padres son castigados en los hijos». Y esto precisamente interesa de un modo directo por lo que se refiere a la magnitud de la sífilis como plaga pública y a la labor del psicólogo clínico; así por ejemplo, para determinar el pronóstico de una descendencia que, si no es que se ha malogrado por completo, tampoco se ha logrado como debiera. La posibilidad de un empeoramiento psicofísico de la estirpe, manifestado en la descendencia, habría de ser tenida en cuenta en todo caso de matrimonio o de reproducción por parte de sifilíticos no curados, aunque no presenten síntomas de la enfermedad.

Por lo que se refiere a los hijos nacidos fuera de matrimonio, el problema ofrece perspectivas aun más sombrías. Puede afirmarse casi con certeza que la inferioridad caracterológica, los fallos íntimos que presentan considerable porcentaje de los hijos naturales son debidos principalmente a la enfermedad sifilítica de los padres, o, por lo menos, resultan considerablemente influídos por ésta.

Se trata, por tanto, de problemas eugenésicos de gran envergadura. No tienen, como puede apreciarse, ninguna relación con la «higiene racial» que durante algún tiempo fué colocada en el primer plano del interés estatal del pueblo alemán. Son problemas de sanidad nacional para los cuales no existen fronteras: los psicomas heredosifilíticos constituyen, probablemente, una importante manifestación de decadencia de la especie humana.

La *blenorragia* no va acompañada por ningún psicoma «cocógeno» específico. El susto, el enfado, el remordimiento consecutivos al contagio son, también aquí, *reacciones adecuadas* y comprensibles del estado de ánimo. No se sabe nada acerca de manifestaciones psicomáticas específicas concomitantes a las complicaciones (relativamente raras) por parte de otros sistemas orgánicos (así, por ejemplo, la *poliartritis*).

En las mujeres pueden aparecer no raras veces propagaciones de la enfermedad a todo el aparato genital (anexitis, etcétera). El cuadro *psicofísico* que entonces se desarrolla con-

síste en un creciente decaimiento, preocupación, «biastenia», propios de una persona enfermiza, que, sobre todo si es joven, se deja deprimir fácilmente por su situación. En la novela «Lori Graff», publicada en 1909, por el recientemente fallecido sudtirolés Hans von HOFFENSTAHL, queda pintado magistralmente este cuadro.

Hasta la fecha no ha sido comunicado nada de particular acerca de las manifestaciones psíquicas concomitantes a la cuarta enfermedad venérea o *linfogranuloma inguinal.*

34 Los *psicomas de intoxicación hormonal* primeramente conocidos han sido los correspondientes a las *tireosis*: los del *cretinismo* y del *mixedema*, como hipotiroideos, los de la *enfermedad de* BASEDOW, junto con las alteraciones basedowoides, entre los hipertiroideos. Más adelante se unió a este conocimiento el de las alteraciones y enfermedades hipofisarias. El conocimiento acerca de las extremadamente complicadas relaciones de los mencionados sistemas endocrinos con los demás, y en especial con las cápsulas suprarrenales, el timo (en el niño o en los casos de persistencia de dicha glándula) y las glándulas genitales, tanto desde el punto de vista puramente fisiológico como desde el psicomático (a través de la constitución), se halla aún en vías de formación. Seguidamente resumiremos lo más esencial que con seguridad se conoce acerca de dichas correlaciones:

a). La hipotireosis y la hipertireosis, tales como aparecen en los cuadros clínicos del mixedema y del Basedow, representan extremos contrapuestos, tanto por lo que respecta a lo físico como a las manifestaciones psíquicas en su conjunto. En la hipertireosis: delgadez, aumento del funcionalismo cardíaco e intestinal, motilidad viva, apresurada, intranquilidad y sobresalto psíquicos; en la hipotireosis, por el contrario, hinchazón pastosa, pereza cardíaca e intestinal, y por lo que respecta a la motilidad y al psiquismo: apatía, letargo, indiferencia, falta de participación en las circunstancias exteriores, estupidez, incluso estupor, inmovilidad. Los cuadros clínicos pueden hallarse individualmente configurados de modo muy vario, pero el «leit motiv» permanece idéntico en todas las variaciones: hiperex-

citabilidad en la hipertireosis; embotamiento en la hipotireosis. La mayoría de las veces destacan tanto los signos físicos de la enfermedad, que el médico no precisa tener en cuenta los síntomas psíquicos para establecer el diagnóstico y la terapéutica.

Los síntomas psíquicos no son tampoco influenciables de una manera psicoterapéutica o psicagógica, en tanto no se suprima la causa fisiopatógena: el hiper o hipofuncionamiento del tiroides. Ni las buenas palabras, ni el tranquilizar, ni los consejos tienen objeto alguno en el hipertiroidismo, ni el animar o el estimular en la hipotireosis, y carecen de éxito mientras dura la anomalía increatoria. Sin embargo, unidos a una terapéutica adecuada, pueden lograr el efecto de evitar la fijación de «residuos psíquicos», que a veces se prolongan bajo la forma de «malos hábitos», sin que sean ya psicógenamente disculpables. Por otra parte, no faltan tampoco casos abortivos basedowoides o ciertas constituciones cretinoides, en los cuales resultan ya tan diluídos e insignificantes los clásicos síntomas corporales (bocio en el BASEDOW, anomalía cutánea en el cretinoide) o tienden tanto a confundirse con alteraciones muy comunes en la región geográfica donde se presentan (así por ejemplo, el bocio), que únicamente se logrará esclarecerlos si se presta atención a las alteraciones psíquicas.

Si coincidiendo con delgadez moderada, con piel húmeda, con boopia (en la cual se muestra el blanco de los ojos en mayor extensión que normalmente), aparece una tendencia a descuidar las obligaciones cotidianas, a la negligencia, a rechazar todas las advertencias tomándolas a broma o de un modo irritado; fugaces manifestaciones de desconfianza de matiz deliroide; la charlatanería vacía, debe pensarse en una tireosis que se inicia y en administrar el oportuno tratamiento. Y si, por el contrario, surge un empastamiento rígido o flácido, especialmente en la cara, se estropean las uñas, se apaga la mirada, se seca y apergamina la piel, disminuye el apetito, se embota el sujeto y pierde el interés por cosas que antes se lo avivaban; se aminora su inteligencia y se muestra torpe en todo género de actividades, habrá de pensarse en la hipotireosis, sobre todo al comienzo de la pubertad o en el climaterio, o en relación con trastor-

nos menstruales, puerperios, amenorreas, o si se trata de solteronas.

La práctica demuestra que el tratamiento de la hipotireosis (mediante preparados iodados, etc.), es más sencillo y agradecido que el de las hipertireosis no bien marcadas, que no se hallan lo suficientemente maduras para la intervención quirúrgica sobre el tiroides y que responden de un modo muy irregular a los tratamientos internos. Se comprende que toda cura, incluso psicoterapéutica, origine mejorías pasajeras en personas que son vegetativamente ultralábiles; pero no demuestra nada acerca de una etiología psicógena. Esta sería a lo sumo sobreañadida, daría lugar a la formación de síntomas que «adornarían» el cuadro; pero no a un síndrome hipertiroideo con su estructura nosoespecífica. Si la alteración surge durante la pubertad o el climaterio, la espera es con frecuencia lo más indicado, pues no es raro que la sintomatología regrese de un modo espontáneo. Ligeras molestias basedowoides acompañan, para desaparecer después sin dejar rastro, a muchas pubertades en ambos sexos.

El cuadro clínico del *cretinismo* propiamente dicho corresponde a los dominios de la psiquiatría y rebasa los límites de una psicología clínica. Mas de todos modos tiene interés, desde el punto de vista de esta última, para comparar con él ciertos cuadros de tireosis leve y ponerlos así en claro. Sobre todo desde que surgió la teoría de PFAUNDLER acerca de la patogenia radioemanativa, preconizada especialmente por T. LANG y aprobada (literariamente) por J. WAGNER VON JAUREGG, aunque rechazada por los especialistas suizos.

Para la psicología clínica carece casi por completo de interés la controversia acerca de dicha teoría, ya que la acción de las emanaciones del suelo en los terrenos situados a altitudes elevadas, por muy intensas que fuesen, y en caso de que la hipótesis fuera cierta, influirían en primer lugar sobre la constitución corporal y tan sólo secundariamente sobre el psiquismo.

La mencionada doctrina sitúa, naturalmente, a la profilaxis y a la terapéutica ante problemas más complejos que los que, de acuerdo con la teoría de la falta de iodo, dan los médicos suizos por resueltos con la administración colectiva de dicha sustancia.

b). Podría sentirse la tentación de considerar a la *obesidad* y a la *delgadez*, guiándose por analogías con las tireosis, como desviaciones hipo o hipertiroideas, respectivamente, del normal funcionamiento tiroideo y de extender esta interpretación a los aspectos psíquicos de las mismas: exceso de funcionamiento tiroideo-delgadez (a pesar de la abundante aportación de alimentos), hiperexcitabilidad, inquietud, inestabilidad, humor lábil; disminución de la función tiroidea-obesidad, flema, pereza psíquica, embotamiento. Ya el profano, incluso, se da cuenta de que un esquema de este tipo carece de toda exactitud desde el punto de vista psicológico, caracterológico, con respecto a los gordos y a los flacos. Igual que sucede con todas las palabras de los poetas, hay que tomar también «cum grano salis» las que SHAKESPEARE pone en labios de Julio César al hablar éste del traidor Casio: «Dejad que me rodee de hombres corpulentos, que duerman bien».

Es innegable experiencia la de que los sujetos gruesos, corpulentos, son en su mayoría más comodones, más torpes que los delgados, por lo que se refiere a la motilidad corporal; pero por término medio no puede hablarse con respecto a ellos, en absoluto, de la existencia de un embotamiento psíquico análogo al de los mixedematosos. En su mayoría corresponden temperamentalmente a los «sanguíneos»; conocidas son su eutimia y su sintimia, su alegría y sociabilidad; son sumamente animados, incluso demasiado acomodaticios, y con frecuencia son también despiertos y vivos de espíritu.

El famoso «pícnico» de KRETSCHMER es con mucha frecuencia, a pesar de toda la alegría de su disposición de ánimo, de naturaleza inquieta y oscilante; en ocasiones se halla dotado de una euforia infantil; su capacidad de asociación es en muchas ocasiones muy rápida; su «tempo» intelectual muy vivo en comprender y en elaborar las impresiones; su humor es más bien placentero, y en absoluto letárgico o viscoso. Y, por el contrario, entre los leptosomáticos y precisamente entre los más acentuados, se encuentran muchos sujetos serios, reservados, pesados, tenaces y no pocos que dan una impresión de frialdad y de distanciamiento, de calma glacial, de monótona uniformidad

en su comportamiento y que en su expresión, en su mímica, no delatan apenas lo que se agita en su interior. Son aquellos sujetos que hacen de «convidado de piedra» en las reuniones, que permanecen sentados y sin hablar palabra, que no ríen jamás cuando los demás lo hacen y que, a lo sumo, se dignan sonreír por obligación. Estas personas son, la mayoría de las veces, flacas, de pocas carnes, enjutas, de «mejillas hundidas» (SHAKESPEARE).

Las constituciones gruesas y delgadas se hallan probablemente basadas en correlaciones hormonales mucho más complejas que la mera disendocrinia hipo o hipertiroidea. Esto, en caso que hayan de ser solamente referidas, en cuanto a su causalidad esencial, a las secreciones internas, las cuales, a su vez, no representan sino tan sólo una parte correspondiente a una u otra constitución general. Numerosos sujetos que permanecen delgados son muy comilones, sin que por ello acumulen grasa, y muchos gordos son muy sobrios en el comer, pero reaccionan de un modo puramente físico a insignificantes transgresiones de una dieta cuidadosa, a una ingestión sumamente moderada de vino o cerveza, a la sustitución del movimiento corporal por la vida sedentaria, con un inmediato aumento de peso y con múltiple acumulación de grasa en ciertos lugares predilectivos (vientre, nuca, mejilla, barbilla, manos).

No puede hablarse en ellos de «cebamiento», como es designada en ciertos libros de texto aquella adiposidad que no se basa en alteraciones endocrinas demostrables, ya que tal «cebamiento» no existe en dichos casos, a no ser en un corto número de ellos (del mismo modo que tampoco se trata de una delgadez por ayuno en los sujetos extremadamente flacos). Una previa disposición metabólica, junto con un modo de vida inadecuado (la mayoría de las veces por descuido, pero en muchas ocasiones obligadamente) hacen que ciertos sujetos, sobre todo al llegar a la edad madura, comiencen a engordar rápidamente, y que, sin embargo, otros permanezcan delgados a pesar de todos sus esfuerzos por alimentarse bien y por no moverse demasiado.

Las correspondientes correlaciones psíquicas son de todos conocidas a partir de las clásicas descripciones de KRETSCHMER

y en realidad eran desde hace mucho tiempo patrimonio del saber popular. Es dudoso hasta qué punto resulta adecuada su equiparación a las denominaciones, tomadas de la psicopatología, de ciclotímico y esquizotímico. A veces falta por completo lo cíclico, predominan la eu- y sintimia, y lo «esqui» no constituye en absoluto algo psicológicamente unitario, como muestran precisamente las descripciones que realiza KRESTCHMER de sus subformas, las cuales abarcan desde el obcecado fanático hasta el inquieto tímido. No se ha encontrado aún una solución satisfactoria a la cuestión referente a las denominaciones.

En el fondo, todo esto no tiene sino un interés marginal por lo que se refiere a la psicología clínica, y ello si se mantiene en los límites de lo seminormal, pero de todos modos molesto (por lo que respecta a la obesidad). El médico prescribirá siempre una cura balnearia o un régimen de sobrealimentación con arreglo al estado físico que observa, mas sin gran necesidad de tener en cuenta para ello el estado psíquico. Pero éste puede dar importantes indicaciones acerca de las faltas de adecuación a lo prescrito. Las curas de adelgazamiento realizadas de un modo precipitado mediante el empleo de productos químicos (en especial los inorgánicos, como son las sales de Karlsbad artificiales) o incluso por medio de preparados tiroideos, pueden dar lugar a severos estados de agotamiento, cuyo primer síntoma de alarma puede hallarse representado por una intensa excitabilidad, inquietud psicomotriz, cavilaciones obsesivas, ansiedad hipocondríaca, angustia, explosiones de cólera o crisis depresivas (estas últimas acompañadas de llanto), sensación de perplejidad, sensación de siniestro extrañamiento frente a cosas habituales, pesadillas, agorafobia, olvidos. Si comienza a aparecer esta sintomatología, es preciso frenar rápidamente, por muy satisfactoria que parezca la disminución del peso.

Tener en cuenta a tiempo las alteraciones psíquicas puede librar aquí de las graves consecuencias de una terapéutica equivocada, las cuales, una vez que han surgido, requieren mucho tiempo para su rectificación. Si lo que se administró fueron preparados tiroideos, el psicoma adopta con frecuencia rasgos basedowoides, los cuales, una vez que han sido notados por el médi-

co o a él comunicados por los que rodean al enfermo, pueden poner a aquél sobre la pista acerca de una ingestión de fármacos de esta índole, los cuales estuvieron de moda durante cierto tiempo entre no pocas damas de la buena sociedad, para quienes el estar delgadas constituía una verdadera obsesión, cosa que todavía sucede. Por el contrario, las curas de cebamiento en personas delgadas es muy raro que produzcan trastornos psíquicos; tan sólo provocan la resistencia frente a lo no habitual: la sobrecarga del estómago, al ser cebado sin un apetito adecuado a ello. Estas molestias no suponen gran cosa frente a la beneficiosa acción que se revela en el retorno de la serenidad de ánimo, un humor mejor y más igualado y la participación mucho más viva del paciente en cuanto le rodea.

En ambos casos puede comprobarse, de todos modos y frecuentemente, una falta de relación entre el estado afectivo y los hallazgos objetivos. El que adelgaza, y en especial, el que adelgaza rápidamente, siente con frecuencia malestar, mientras que objetivamente, la disminición de peso mejora, por ejemplo, el funcionalismo cardíaco, el metabolismo, la motilidad. A veces se hace, por tanto, difícil mantener al sujeto en disposición a seguir adelgazando. Y por el contrario, el que engorda se encuentra la mayoría de las veces muy satisfecho subjetivamente, cuando ya no es necesario seguir corrigiendo su delgadez, por no ser ya esta objetivamente nociva, y resulta difícil hacerle aceptar una moderación, una mesura en lo que come y, en general, obligarle a renuncias dietéticas.

Durante la segunda mitad del pasado siglo estaba de moda precisamente una cierta corpulencia al llegar a determinada edad. Era considerada como una especie de distinción, que indicaba que le iba económicamente bien al que la ostentaba, que «había llegado a algo» y que podía permitirse el lujo de llevar una vida de acuerdo con sus posibilidades económicas. Al vientre abultado se le llamaba «la curva de la felicidad». La obesidad, con su correspondiente «buena vida» significó entonces el acortamiento de ésta para numerosas personas, a causa de enfermedades circulatorias y metabólicas, cuyos síntomas iniciales no eran atendidos y cuyas auténticas causas o concausas

eran negadas. El buen comer y beber formaban parte de dicha «buena vida» y si los inconvenientes de la misma llegaban a ser indiscutibles, se buscaba una compensación a los mismos, visitando todos los años un balneario.

La obsesión de adelgazar, que el deporte ha contribuido a fomentar, ha afectado a círculos mucho más reducidos, constituidos especialmente por damas de la buena sociedad. Los adelgazamientos peligrosos para la salud han constituido excepción y la mayoría de las veces se han corregido por sí mismos en cuanto ha comenzado a aparecer un malestar con ellos relacionado, malestar que acostumbra a surgir relativamente más tarde en el curso de la cura de engorde.

El médico no se dejará engañar, pues, por el aparente bienestar de un obeso, ya que quizás acechan tras él muy serios peligros. Este bienestar es completamente auténtico durante bastante tiempo. El bienestar de la dama que se ha hecho adelgazar artificialmente mediante medicamentos es la mayoría de las veces afectado, es la máscara que adopta su coquetería. Precisamente, el médico avisado podrá juzgar muchas veces con certeza, de modo psicológico, dónde está la justa medida, la que va de acuerdo con la constitución del cliente: el pícnico no soporta una determinada delgadez, hay que mantenerle un cierto grado de panículo adiposo, pues tan sólo cuando lo posee es cuando se siente capaz de rendimientos. Esto significa, desde el punto de vista fisiológico, que se ha de conocer el límite superior que puede alcanzarse y cuidar de que no se sobrepase, lo cual puede suceder sin que al principio ocasione grandes molestias. Aquel que originalmente es leptosomático, se halla predestinado a permanecer delgado. Los signos de alarma comienzan a aparecer en él cuando come demasiado poco o cuando su actitud psíquica comienza a presentar alteraciones en el sentido de una desacostumbrada labilidad, de una excitación, de una inestabilidad, un apocamiento, una insuficiencia, es decir: cuando se torna «nervioso», en todo caso, más de lo que lo era anteriormente. En todo esto se muestra la psicognóstica clínica como un eficaz auxiliar del diagnóstico clínico físico. Aquella llama la atención, frecuentemente, acerca de las primeras o de las

más graves señales de alarma por parte del organismo, las cuales no debe dejar de ver el médico.

c). Esto es ya menos válido por lo que se refiere a las formas propiamente patológicas de obesidad y delgadez, es decir: a las hormonógenas. En ellas, comparados con los cuadros clínicos somáticos extremos de la obesidad deforme y de la delgadez «espantosa», así como con las anomalías del crecimiento, que frecuentemente son correlativas a aquéllas, los síntomas psíquicos pasan muy a segundo plano. La mayoría de las veces, si es que existen, son sobremanera inconstantes e indefinidos y no requieren esencial atención sino allí donde obran como motivos más o menos ocultos, es decir: allí donde existe una tendencia psíquicamente anormal propiamente dicha. La más frecuente es la tendencia a querer permanecer delgado o a querer adelgazar cada vez más, o la unión de adelgazamiento con un grado cualquiera de fobia a la comida como síntoma de psicosis, sobre todo de depresión circular. En este último caso, precisamente, pueden ser muy flúidos e indeterminados los límites entre psicoma y psicosis.

Existen también depresiones no circulares, sino reactivas (en forma de pena silenciosa, de oculto disgusto, de amargo resentimiento u odio, de inquieta insatisfacción) que se manifiestan preferentemente al exterior por falta de apetito, desgana, aspecto de sufrimiento, flojedad. Suponen para la psicología clínica la misión de deducir el estado psíquico a partir del físico y de investigar las causas. La confesión de un sufrimiento escondido; pero, también, en ocasiones, una psicoterapia muy sencilla; el cumplimiento de una tarea que interese y distraiga; un cambio del medio ambiente, pueden operar verdaderos milagros. Desde luego, en algunos casos está tan oculto el auténtico motivo, que únicamente el médico especializado se halla en situación de descubrirlo y resolverlo favorablemente. Apelar al especialista a su debido tiempo es también un rasgo clínico psicológico del que el médico práctico no debería avergonzarse nunca.

Determinadas clases de obesidad y delgadez extremas las vemos asociadas con desviaciones del hábito sexual normal.

Las más conocidas, y quizás también las más frecuentes de ellas, son la distrofia adiposo-genital, por lo que respecta a la obesidad; el gigantismo eunucoide, por lo que se refiere a la delgadez; aquélla unida a infantilismo genital; ésta a frigidez; ambas, por tanto, van unidas a rasgos esencialmente sexuales. De todos modos, el cuadro clínico somático es tan esencial y destacado, que su correlato psíquico pierde valor diagnóstico (e incluso terapéuticamente es apenas psíquicamente influenciable). Alcanza mayor significación allí donde una de estas anomalías aparece como «enfermedad», es decir: de un modo episódico-vital, lo cual sucede preferentemente durante los años de pubertad. Entonces, la ausencia de alteraciones psíquicas es un signo pronóstico favorable, es decir: indica que se trata probablemente de unas alteraciones pasajeras del quimismo metabólico, que han de volver a equilibrarse, y que dependen de defectos en la correlación hormonal, no de anomalías estructurales del genoma, esto es: de disposiciones que se desarrollan y llegan a dominar la mente, lo que por lo común es muy frecuente que en general aparezca durante la crisis de la pubertad, por ejemplo: timidez acentuada o indiferencia frente al sexo contrario, puerilidad prolongada, etc.

De todos modos, una timidez expresiva, una exagerada actitud de rechazo, un evitar en demasía los contactos con el sexo opuesto, advierten acerca de desviaciones más profundas de la disposición, que habrán de perdurar durante toda la vida. Lamentablemente, la terapéutica a seguir en estos casos es aún muy escasa; a veces podría estar indicado un asesoramiento psicagógico para las normas de vida a seguir en el futuro, acaso en el sentido de una preparación a una soltería determinada por la naturaleza o a formas de existencia conventual (GOETHE ha descrito al hablar de su hermana Cornelia un hábito eropático que se hallaba predestinado a convertirla en abadesa). Como es sabido, pueden surgir durante la pubertad tendencias eróticas dirigidas hacia el propio sexo, es decir: homosexuales, que desaparecen de nuevo rápidamente. Está indicado entonces prevenir la seducción a actos de pederastia propiamente dicha, y, en general, de cualquier actividad en este sentido (por ejemplo:

excesiva ternura con respecto a un compañero). Existen no pocos casos de homosexualidad que en el fondo lo son de labilidad bisexual, es decir: que dependen, por lo que a su destino sexual se refiere, de las circunstancias en que se encuentran. Desde luego, la mayoría de los pederastas y de las tríbadas lo son por el despliegue de un genoma que no hay modo de cambiar y que muestra una estructura primordialmente feminística o virilística y que hace inútil, por consiguiente, todo esfuerzo psicoterapéutico e incluso psicagógico. En ambos sexos surgen la mayoría de las veces rasgos psíquicos del tipo sexual contrapuesto, es decir, viriles en las mujeres y femeninos en los hombres; y, desde luego, no raras veces, como síntoma más precoz de la anomalía genomática.

La característica psíquica sexual secundaria se manifiesta antes aun que la primaria, o antes de la desviación o tendencia hacia la inversión propiamente instintiva. En aquellos casos en que la inversión sea ocultada, pueden ser signos de ella toda clase de estigmas, como un tono de voz chocantemente bronco, bozo, formas angulosas y movimientos bruscos en las muchachas, y en los muchachos el retraso en el cambio de tono de voz que se verifica en la pubertad, actitudes femeninas, rubor, sonrisas, «posses» teatrales, etc., aun cuando hay que tener siempre sumo cuidado en no deducir conclusiones prematuras a partir de rasgos aislados. Así por ejemplo, entre hombres muy viriles de rasgos nórdicos (BISMARCK, T. MOMMSEN, ERNESTO HAECKEL) es frecuente un tono de voz agudo, de falsete. No debe dejarse jamás de tener en cuenta que los rasgos feminoides o viriloides no raras veces se hallan determinados por el ambiente, que pueden constituir una costumbre o ser producto de una educación: así, por ejemplo, la acentuación de lo blando, mimoso, delicado, en muchachos que han crecido entre mujeres; de lo áspero, duro, anguloso e incluso de lo belicoso y pendenciero en algunas muchachas que se crían entre muchos hermanos varones y sin madre. El efecto de muchas de las imposiciones e influencias recibidas durante la infancia no desaparecen más tarde jamás por completo; a lo sumo se atenúa.

El duro tipo formado en la academia militar o en la orden

religiosa, se mantiene la mayoría de las veces durante toda la vida; la educación realizada exclusivamente por mujeres, en especial si se trata de hijos únicos, deja, en ocasiones para siempre, una elevada necesidad de ternura, sentimentalismo, mimos. Si todo esto llega a alcanzar un grado tal que sea necesaria la intervención del médico, el más indicado para ello es el propio médico de la familia, el cual conoce todas las circunstancias del caso e incluso, si tiene que ceder su puesto a un especialista, continuará siendo quizá para este un informador imprescindible (de aquí que sean tan impropias las rivalidades entre el médico de la familia y el especialista, las cuales, por regla general, representan un daño para el cliente).

El psicólogo clínico, como tal, no tiene necesidad de ocuparse de otras anomalías hormonales, ya que en parte de ellas se trata de afecciones que son extremadamente poco frecuentes y cuya descripción es de la competencia de monografías especiales. Por desgracia, en la mayoría de ellas los aspectos psíquicos, o bien son tratados de un modo accesorio, o bien con una insuficiente formación psicológica. No debería dejarse, sin embargo, que fuese solamente la bella literatura quien se ocupase del psicoma del síndrome de ADDISON (que puede surgir a consecuencia de muy diversas causas que afectan la función o la substancia suprarrenal) como sucede en la novela de la escritora austriaca Joe LEDERER «Música nocturna», en la que se hace una conmovedora descripción del mismo. También por lo que se refiere al psicoma del síndrome de CUSHING es prácticamente nulo nuestro conocimiento. Es ciertamente interesante, no sólo desde el punto de vista fisiognómico, sino también psicognómico, y precisamente aquí pueden resultar los síntomas precoces de índole psíquica importantes indicios para el diagnóstico y el tratamiento.

35 *Psicomas metabólicos* denominamos a los que surgen durante aquellas enfermedades que designamos corrientemente como del metabolismo. Entre éstas tenemos en primer término la *diabetes* y la *gota*, y algo más en segundo término, las *coleosis*.

a) Con mucha frecuencia, la *diabetes* se manifiesta primeramente en los por ella atacados, a través de alteraciones psíquicas o trastornos fisiopsíquicos o psicofísicos. Psicastenia general, disminución de la espontaneidad y receptividad, cansancio fácil, somnolencia a horas desacostumbradas, desgana para el trabajo, descontento falto de objeto, irritabilidad, pusilanimidad, explosiones injustificadas, chinchorrerías, inseguridad en sí mismo, espíritu de contradicción, constituyen las más características alteraciones psíquicas; sensaciones tales como prurito, hormigueo, miembros «dormidos», todo género de parestesias, en ocasiones enturbiamiento momentáneos de la visión, visión borrosa, disminución del sentido del gusto y sobre todo la tan frecuente sensación de hambre y sed, la debilidad fisiopsíquica (sensopsíquica) y por último motora, pocas ganas de andar (cuando anteriormente se trataba de sujetos aficionados a caminar), fallos en las piernas, necesidad de estar echado (coincidiendo con inquietud psíquica), así como subpotencia o impotencia y, al principio, oscilaciones de la potencia sexual (con variaciones de la libido) constituyen la categoría psicofísica de síntomas.

Durante este período nadie piensa aún en que se trate de una diabetes y la glucosa es, no raras veces, hallada de modo casual, en ocasión de un reconocimiento con el fin de hacerse un seguro de vida o con motivo de otra enfermedad: grippe, catarro intestinal. Y sin embargo, tales «neurastenias», que aparecen de un modo asaz injustificado en personas que con anterioridad eran muy activas y cuya aparición no saben muchas veces cómo explicársela ni el paciente ni las personas que le rodean, deberían siempre hacer pensar, como causa, en la diabetes. No siempre es una total impotencia, aparecida acaso es un hombre de 35 años, o un intenso prurito, lo que surge primeramente de un modo alarmante. Las molestias iniciales pueden ser mucho más imprecisas, y frecuentemente son difíciles de captar detalladamente. El cuadro clínico psíquico alterado es lo que llama la atención. Incluso muchas veces es la sintomatología psíquica la que predomina: el tipo del diabético «colérico», con sus explosiones de furor, no surge, por regla gene-

ral, cuando la enfermedad se encuentra ya en un estado avanzado.

Tampoco pueden dejar de ser tenidas en cuenta, con respecto al *psicoma de la diabetes*, los cambios que durante los últimos decenios se han verificado en el modo de concebir la enfermedad por parte de la Medicina interna, tanto por lo que se refiere al pronóstico y a la terapéutica como a su etiología y patogenia. El único objetivo del tratamiento ya no consiste en evitar que aparezca, incondicionalmente, el menor rastro de glucosa en la orina. El diabético goza de una mayor libertad dietética que antes, y con ello no solamente mejora de un modo subjetivo, sino también objetivo.

La determinación de la *glicemia* desde el punto de vista diagnóstico y el avance representado por el *tratamiento insulínico*, desde el terapéutico, permiten al médico poner de manifiesto las más leves oscilaciones y los más tenues comienzos de la enfermedad, así como proteger al paciente frente a las formas graves y las más avanzadas complicaciones de la misma. Como ha sucedido con respecto a la *p. g. p.*, ha disminuído con ello la importancia diagnóstica y pronóstica de los síntomas psíquicos, pero sin desaparecer. Puede ser útil, con respecto al control de la glicemia, tener en cuenta los síntomas psicasténicos como heraldos de una elevación de la misma y, a pesar de la administración de insulina, puede ser de mucha importancia tener presente el

Psicoma del coma diabético, es su cuadro clínico de comienzo. Este cuadro clínico inicial consiste con frecuencia en una ansiedad sin objeto, que asalta al paciente y que constituye el tránsito más o menos directo hacia el coma propiamente dicho. De este último podría pensarse que carece de interés, desde el punto de vista de la psicología clínica, en el sentido de que se trata de una alteración deliroide o somnolienta de la conciencia, de aspecto psicótico y sin especificidad nosológica. De todos modos, esto último ha de afirmarse con cierta reserva, ya que observaciones realizadas de modo más cuidadoso podrían quizá descubrir signos más específicos que los que habitualmente se describen, como sucede con la apoplejía comatosa en el estadio letal de la diabetes, la cual es muy notable que afecte

con más frecuencia que la arterioesclerótica el hemisferio cerebral derecho, y por tanto, la parte izquierda del cuerpo.

La *cura de insulina* ha mostrado, en parte, cuadros completamente nuevos durante el curso del metabolismo de la glucosa, y precisamente también por lo que respecta a la vertiente psíquica. Las hipoglicemias ocasionales pueden dar lugar a alteraciones psicóticas bruscas y breves, análogas a una que De Rudder ha observado recientemente. Se trataba de un hombre que acudió ocasionalmente a la consulta de pediatría para acompañar a un hijo suyo y que de pronto se puso muy trastornado, extrañamente agresivo, comenzó a maltratar al niño en la sala de espera y a los pocos minutos mostraba una conducta tan anormal que incluso se avisó a las autoridades, por creer que se trataba de un enfermo mental. El niño, sin embargo, conocía estos accesos que sufría su padre y sabía que podían curarse con un terrón de azúcar. En efecto: se le dió un vaso con una solución de azúcar de uvas y a los pocos minutos el hombre volvía a estar normal. Como él mismo refirió más tarde, aquel día se había olvidado de llevar consigo su salvadora ración de azúcar.

Es lástima que no contemos aún con las suficientes observaciones seguras acerca de casos debidos a la misma causa, pero que no llegan a presentar un aspecto tan psicóticamente accesional como el anteriormente referido, sino que se mantienen dentro de los límites del psicoma. A su estudio detallado se debería dedicar la mayor atención, pues probablemente se lograrían así aislar muchos síndromes psicomáticos que serían incluso capaces de proporcionar importantes datos acerca de aspectos metabólicos y terapéuticos. Toda la semiología metabólica merece una atención mucho más sutil que la que hasta ahora se le ha otorgado, aun cuando los estudios y resultados farmaco-psicológicos deberían haber puesto ya de manifiesto cuán mínimas son las alteraciones químicas de nuestro metabolismo provocadas por la administración de sustancias tóxicas, que bastan para provocar considerables alteraciones psíquicas, sin llegar a alcanzar el grado de una desviación psicótica de la normalidad. Se trata aquí de un sector del conoci-

miento en el cual, precisamente, puede obtener también el médico práctico, sin necesidad de gran aparato técnico y mediante una observación cuidadosa, datos importantes para el progreso de nuestro saber efectivo.

Habrá que poner siempre atención para ver si la eliminación de glucosa no es acaso simplemente sintomática y, por tanto, no tiene nada que ver con la enfermedad «diabetes».

Puede suceder así, como es sabido, y aparte de excesos dietéticos (en este caso puede tratarse asimismo de la premonición de una diabetes), en la conmoción cerebral, fracturas de cráneo, tumores cerebrales y, en general, en caso de determinadas lesiones cerebrales.

Aparte de esto, existen múltiples combinaciones de la diabetes con otras enfermedades, tales como gota, enfermedad de BASEDOW, etc. En todos estos casos no hay que confundir los respectivos psicomas con las alteraciones psíquicas diabéticas.

La psicoprofilaxis es extraordinariamente esencial en la diabetes genuina. Es desde luego inverosímil que una diabetes pueda surgir debido exclusivamente a una conmoción psíquica. Allí, sin embargo, donde ya estaba latente, intensas conmociones del ánimo (la mayoría de las veces de índole penosa, pero en ocasiones también una alegría excesiva) pueden desencadenar su manifestación, y sobre todo, empeorarla. En constituciones «sacarolábiles» y que, por ejemplo, reaccionan también a alimentos o a cambios de género de vida con excreción de pequeñas cantidades de azúcar o bruscas oscilaciones de glicemia, se encuentra también una considerable timorreactividad de la glicosuria, mas no solamente de ésta, sino del estado general, de la acidosis y de la propensión al coma. Todo diabético debe ser considerado como un sujeto para el cual los afectos constituyen una amenaza. Se pondrá cuidado en evitarle inesperadas e intensas conmociones de ánimo a causa de motivos exteriores o, al menos, aminorar su intensidad mediante una diplomática preparación previa a lo que le va a ser comunicado.

Debe ponerse muy en duda la afirmación de que la enfermedad ha sido originada por un susto, por una aflicción, o por conmoción o fatiga psíquicas (lo cual, como se comprende,

va muchas veces unido a exigencias con respecto a seguros). En aquellos sujetos que son psíquicamente lábiles y que al mismo tiempo se hallan predispuestos a la diabetes, basta cualquier afecto intenso para desencadenar las primeras manifestaciones intensas de la enfermedad y la mayoría de las veces puede que hayan existido anteriormente otras no tan intensas que han pasado desapercibidas; afortunadamente, no todo el mundo investiga a diario su orina para ver si existen indicios de glucosa. Si la diabetes está ya diagnosticada en firme, corresponde a su terapéutica, así como a la profilaxis de su progresión y de sus complicaciones, el reposo psíquico. El médico de familia podrá en ocasiones evitar las dificultades que se opongan al logro de aquél, ya dependan de la profesión del paciente, de los que le rodean o de su propio modo de ser afectivo, pero a veces será precisamente, por el contrario, una autoridad en la especialidad la persona más adecuada para evitarlas o atenuarlas.

Fe y paciencia deberán ser las virtudes cardinales frente al diabético, tanto por parte del médico como de las personas que cuidan a aquél, y deben ponerse de manifiesto ante las erupciones reactivas y las espontáneas del humor diabético. Aquí se revela en muchas ocasiones como especialmente eficaz unir, con sumo tacto, una cuidadosa dosis de humor a las advertencias verificadas en tono severo.

b) La segunda entre las enfermedades metabólicas clásicas, la *gota artrítica*, es en cuanto a su psicoma muy distinta de la diabetes y muy característica. El psicoma gotoso muestra un cuadro cicloide «blando». Durante los intervalos de «salud» existe en la mayoría de los casos vitalidad animada de buen humor, se trata en su mayor parte de naturalezas ardientes, impulsivas, «sanguíneas», que toman cuanto placer les ofrece la vida. La tendencia hacia la sociabilidad, la charla animada y la alegría pueden aumentar hasta llegar a un grado hipomaníaco, debido en ocasiones a la influencia del alcohol. La proximidad del acceso de gota y con él, de la fase de enfermedad manifiesta, se anuncia por un brusco (en el momento de despertar) o insidioso cambio del humor, en sentido negativo, o bien el acceso sorprende al paciente en pleno bienestar, «un

buen día», o mejor dicho «una buena noche». Entonces, el irritable mal humor hace el efecto de ser más bien una reacción adecuada a la sumamente dolorosa afección corporal que obliga a permanecer postrado en el lecho. Puede ser sumamente difícil distinguir de modo exacto entre la reacción psíquica adecuada a la enfermedad y la alteración psíquica espontánea debida a la misma. En todo caso, las distonías depresivas muy profundas son más bien referibles a la segunda; la irritabilidad intensa, a la primera. La brusca desaparición de la euforia antes existente es con frecuencia muy impresionante, a veces casi divertida en sus manifestaciones: el paciente maldice de la ligereza con que ha obrado, quiere comportarse de modo muy distinto en el futuro, no comer y beber más de lo debido, contenerse. Habitualmente, los efectos de estos loables propósitos producto del arrepentimiento, no duran mucho más que el ataque mismo.

Con la desaparición de la fiebre, de la inflamación del miembro afectado y de los dolores vuelve otra vez rápidamente la antigua vitalidad. Incluso existen no pocos casos en los cuales el paciente se siente «como si hubiese vuelto a nacer», «más joven que nunca», y como consecuencia de esto sigue pecando alegremente. Esta ciclotimia moderada, que nunca llega a alcanzar el grado de psicosis y que es más bien una timocicloidia, puede durar años enteros. Existen, desde luego, gotosos que alcanzan una elevada edad, mas, por regla general, con el tiempo y la cronicidad de las molestias por anquilosis de las articulaciones afectas y la formación de tofos, acaban por predominar las depresiones malhumoradas y plagadas de preocupaciones hipocondriacas. El papel psicológico del médico se reduce esencialmente a frenar por medio de advertencias, durante los intervalos, la vitalidad y euforia que tienden a los excesos. La depresión concomitante al acceso escapa a toda influencia. Los médicos de cabecera, desde hace tiempo, preconizan la profilaxis de las recidivas por medio de curas hidroterápicas, con el consiguiente régimen balneario.

No todos los balnearios de renombre se han preocupado como debieran del régimen a seguir por los gotosos: el número

de establecimientos de comidas y bebidas que animan a proseguir alegre y despreocupadamente las sibaríticas costumbres que han ocasionado la necesidad de visitar el balneario, es en algunos de éstos «patógenamente» considerable.

No cabe duda que existen casos de gota en los que, mientras los síntomas articulares van desdibujándose cada vez más hasta no poder reconocerse apenas el clásico cuadro clínico, aparecen en su lugar fases depresivas periódicas, «depresiones vicariantes» de mayor o menor duración, que se resuelven finalmente al cabo de días o semanas, en un acceso abortivo, una especie de «petit mal urique» o en una extraordinaria eliminación de sedimento ácido por la orina, lo cual puede durar varios días con sus noches. Ya que las fases pueden ser muy irregulares, estas víctimas de la «gota psíquica sustitutiva» incurren fácilmente en una creciente tensión expectante, con penosa autoobservación: la «hipocondría del vaso de noche», que observamos también frecuentemente en los prostáticos y en los neurasténicos con aumento de la eliminación de fosfatos.

Es de utilidad explicar a los pacientes la probable relación (quizás sea auténtica) de sus depresiones con la diátesis gotosa, aunque sólo sea para impedir que prosigan su control de la orina. En estos casos puede llegar a ser necesario prohibir orinar en vasijas, e incluso obligar a la evacuación nocturna de la vejiga en el retrete. Psicagógicamente deberá decirse al paciente, por ejemplo, que un cambio fásico en los estados de ánimo no es algo morboso, sino completamente normal y que incluso se da también frecuentemente en otros seres vivos del reino animal, y que, por el contrario, nuestra artificial civilización hace más aguda la exigencia de permanecer constantemente en un estado de ánimo igual y de frenar las oscilaciones de éste por medio de un autodominio. Bien está el autodominarse, no debe uno dejarse arrastrar pasivamente durante tales fases depresivas, sino que se debe permanecer activo, aun cuando no se tenga el humor necesario para ello, como si se estuviese verdaderamente bien. Tales oscilaciones no deben ser presentadas al paciente como enfermedades, ni tampoco han de ser como tales tratadas. No es preciso que el hombre esté constantemente

contento y de buen humor. El ejemplo de destacadas personalidades, cuyas depresiones fueron altamente fructíferas es consolador y estimulante.

MINKOWSKI tenía ciertamente razón cuando hace medio siglo advertía que no hay que considerar a cuantos ocasionalmente eliminan grandes cantidades de ácido úrico como «diatésicos úricos» y presuntos gotosos. Es, por otra parte, empíricamente innegable que el metabolismo de las sales del ácido úrico y del ácido fosfórico muestra una especial afinidad electiva hacia todo género de disposiciones *timocíclicas* y timopáticas y sus manifestaciones periódicas.

La tentativa del médico danés C. LANGE por interpretar todo el círculo maníacodepresivo como un equivalente gotoso y de enlazar en su origen tanto las fases maníacas como las depresivas con el metabolismo del ácido úrico, no es ya tomada en serio; lo mismo sucede con su teoría de las emociones (expuesta simultáneamente por W. JAMES), según la cual éstas no son la causa, sino el efecto de las expresiones a ellas correspondientes y concomitantes (JAMES: «No lloramos porque estemos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos»). Rechazar tales exageraciones no implica la no existencia de relaciones entre los ritmos metabólicos y los psicofísicos, y la psicología clínica tendrá tanto más motivo para ocuparse de ellas en cuanto que se trata de manifestaciones predominantemente psíquicas que se hallan por completo dentro de lo normal, pero próximas al límite de lo anormal.

c) A los *trastornos de la función biliar*, y, en general a sus variantes especiales según los casos personales o según el sexo, les atribuía ya la Medicina de la Antigüedad, e igualmente la creencia popular, una importante influencia sobre las condiciones psíquicas y sus expresiones somáticas: el hombre «bilioso», el «colérico» en el esquema galénico de los temperamentos son ejemplo de ello. El que ha sufrido una ictericia «catarral» sabe cuán horrible humor se instaura en su estadio inicial, humor que a veces se transforma en desesperación o también en un estado de ánimo perplejamente enfadado o en malhumorada apatía. Casi nunca se trata exclusivamente de «reacciones adecuadas», al repugnante mal sabor de boca, a la absoluta falta de apetito que llega hasta el asco a la comida, sino, sobre

todo, de una acción tóxica, inmediata, de la bilis, es decir: de un psicoma colémico (agudizado por aquellas reacciones adecuadas y comprensibles), aun cuando la demostración de un incondicional paralelismo con respecto a la bilirrubinemia no se halla aún lo suficientemente comprobada.

Por lo que se refiere al término medio de los casos de ictericia, no posee la suficiente importancia diagnóstica o pronóstica, ya que en ellos basta ver el matiz amarillento de la piel y las escleróticas para darse cuenta a tiempo de lo que sucede. Puede dificultarse el tratamiento debido a los dos obstáculos representados por la anorexia dispéptica y la apatía psiquica, ya que la constante falta de apetito debilita el estado general más aún de lo que lo hace la misma enfermedad por sí sola. Después de las hepatitis infecciosas, que tan detalladamente han sido estudiadas en estos últimos tiempos, se ha comprobado que pueden quedar residuos psíquicos, en el sentido de lo anteriormente dicho, durante semanas o meses. Pueden ocasionar considerables dificultades, por ejemplo, por la resistencia a ingerir azúcar en dosis adecuadas o a una alimentación suficiente, o, en general, a determinados alimentos que son esenciales. Esto puede suceder en ictericias meramente sintomáticas, provocadas por alarmantes enfermedades básicas (tumores del hígado, del páncreas, del duodeno, etc., atrofias de comienzo) y precisamente después de intervenciones salvadoras o paliativas o a pesar de la administración de medicamentos específicos para curar la afección hepática.

El hábito «bilioso» ofrece casi siempre el cuadro caracterológico de una testarudez malhumorada que responde a los esfuerzos realizados para vencer dichas resistencias con explosiones de cólera, e incluso de furor, que a veces ponen de manifiesto su mezcla con componentes depresivos en forma de «llanto espasmódico»: una especie de llanto rabioso que puede ser muy característicamente «coleógeno». Algunas coleosis ofrecen en general el cuadro típicamente infantil de una obstinada terquedad y de una recalcitrante falta de comprensión a toda advertencia razonable y a toda tentativa de ayuda. Se dan ligeras insuficiencias noéticas, tales como olvido fácil, confusiones

acerca de cosas muy habituales (aparte de las casi naturales y lógicas desganas de trabajar, originadas por la debilidad general), mas son, sin embargo, de naturaleza leve en los casos de buen pronóstico por lo que respecta a la enfermedad física y desaparecen casi siempre al curarse ésta.

Describir aquí efectos coleóticos psicóticos propiamente dichos, tales como son registrados en los últimos tiempos y en cantidad creciente, no corresponde al marco de esta «Psicología clínica». Entre ellos y el coleopsicoma habitual que anteriormente hemos bosquejado existen, sin embargo, notables cuadros intermedios, que no solamente hacen dudar al médico no experimentado, sino que pueden incluso hacer que se confunda. Son poco claros por lo que se refiere a su sintomatología psíquica sensorial e intelectual y difíciles de valorar patognomónicamente (en todo caso, dado el estado actual de nuestros conocimientos). El acento principal de los efectos «neurótropos» de las enfermedades del metabolismo hepático recae sobre la propiamente neurológico (recuérdese la enfermedad de WILSON, etc.). Los fenómenos psicopatológicos poseen un carácter más accidental.

Igualmente poco satisfactorio es el estado de nuestro conocimiento acerca de las influencias coleógenas normales y situadas dentro del marco de los hábitos constitucionales sanos. Las diferencias de disposición por lo que respecta al funcionalismo específicamente hepático, y que distinguen propiamente al hombre «colérico» del «no colérico», resultan exactamente tan desconocidas como las del funcionalismo circulatorio con respecto al «sanguíneo» o los de otros «humores» o disposiciones orgánicas por lo que se refiere al «flemático».

Las correlaciones psicofisiológicas entre los temperamentos, las disposiciones básicas del estado de ánimo, los humores vitales y sus dispositivos energéticos, constituyen una «terra incógnita», cuya exploración merece verdaderamente la pena de acometer, labor que corresponde a una joven generación de caracterólogos con formación médica.

Hasta la fecha no reina sino la hipótesis sobre todo este territorio y no siempre es aquella heurísticamente fecunda. Por lo que se refiere a los correlatos físicos, tan sólo una común labor de investigación entre los fisiólogos que investigan el metabolismo y los que estudian la histología cerebral será capaz de aumentar la certeza de nuestros conocimientos.

36 Queremos denominar *fármacopsicomas* a aquellas alteraciones psíquicas que son provocadas por la introducción de productos químicos en el organismo, en especial bajo la forma de estimulantes o de medicamentos. Aparte de esto, y algo más al margen, existen algunos venenos que por un lado son también prescritos y tomados como medicamentos reconstituyentes o de otra índole, y por otro intoxican al introducirse en el organismo a causa de motivos profesionales o por accidente. Lo primero sucede, por ejemplo, en las intoxicaciones crónicas por el arsénico, el iodo o el mercurio; lo segundo, en la intoxicación crónica por el plomo y por el fósforo. Aquí, naturalmente, sólo podemos referirnos brevemente a aquellos que tienen mayor importancia por su más frecuente aparición y en los cuales resultan por lo general esenciales las manifestaciones psíquicas de la intoxicación. La cifra total de posibles venenos se eleva a muchos centenares de los mismos. Hace ya medio siglo, una célebre monografía mencionaba no menos de 389 venenos procedentes del exterior del organismo y conocidos en cuanto a sus efectos clínicos. Desde entonces ha aumentado la lista; recuérdese el grupo de las aminas sintéticas, que últimamente han alcanzado tan gran importancia como amenazadores tóxicos de masas.

La clásica inclusión de descripciones acerca de las secuelas psíquicas de la ingestión de tóxicos que aparece en los textos de Farmacología y en las monografías de la especialidad, indujo hacia el año 80 del pasado siglo a Emil KRAEPELIN a fundamentar la psicopatología experimental mediante investigaciones «fármacopsicológicas», las cuales inició en Leipzig y continuó más tarde en Dorpat y Heidelberg. Su trascendental libro *Acerca de la influenciabilidad de fenómenos psíquicos sencillos por medio de ciertos medicamentos* (1892) trataba acerca de los efectos psíquicos de las siguientes sustancias: alcohol, té, morfina, paraldehido, hidrato de cloral, nitrito de amilo, así como los del cloroformo y el éter; faltaban, por desgracia, los del café y la nicotina. Estos clásicos estudios no han sido continuados, desgraciadamente, sino de un modo muy esporádico.

Desde el punto de vista de la psicología de los pueblos,

tampoco se escribe nada de particular desde hace varios decenios, desde los libros del farmacólogo LEWIN, tan amenamente redactados. Este autor fué el primero que designó como «phantastica» a un grupo de sustancias muy empleadas en determinados cultos. Yo he propuesto en 1941 denominar «eidéticos» a estos tóxicos, o sea: provocadores de imágenes.

Hemos de agradecer asimismo a v. REKO la revisión de conjunto que acerca del tema hace en su obra *Venenos mágicos* (1938). Estos venenos mágicos pueden alcanzar interés clínico, así, por ejemplo, para el médico colonial y con motivo de las nocivas consecuencias para el trabajo y la salud que pueden acarrear en territorios coloniales, o cuando (como repetidamente ha sucedido durante los últimos decenios) su uso y abuso se propaga a otros pueblos, perdiendo entonces su primitiva finalidad religiosa para servir a fines profanos. Todavía no se ha apreciado e investigado suficientemente el gran papel que seguramente desempeñan las imágenes alucinósicas que son vividas durante estas autonarcosis, con respecto a los mitos y la magia, el origen de cuentos y leyendas.

a) El *alcoholismo crónico* no es considerado desde luego por sus víctimas, la mayoría de las veces, como un «padecimiento», pero de hecho constituye, desde el punto de vista médico, un psicoma bien marcado, que se mantiene todavía fuera del ámbito de las psicosis alcohólicas. Estas últimas (*delirium tremens*, enfermedad de KORSAKOW) se salen del marco de nuestra descripción. El «ser borracho» constituye una expresión muy vulgar que muchos bebedores habituales rechazarían si se les aplicara. Mas, sin embargo, y ante una consideración psicológica, dichos sujetos son exactamente tan viciosos como la mayoría de los fumadores y como muchos aficionados y aficionadas al café, los cuales aseguran no poder vivir sin el tóxico al que se han habituado o consideran como un duro sacrificio que se les prive de él.

Desde el punto de vista clínico psicológico, se calificará más bien como «borracho» a aquel que se embriaga constantemente de modo agudo, es decir: a aquel a quien se ve frecuentemente en estado de embriaguez, mientras que el alcoholismo crónico existe allí donde quizá son raras las borracheras, mas donde la privación de la diaria ingestión de alcohol es sentida como ex-

traordinariamente molesta, inquietante, deprimente y donde las alteraciones psicofísicas producidas por el alcohol son permanentes, y en parte, perjudiciales. Este «en parte» no debe ser dejado de tener en cuenta. Existen alcohólicos crónicos en los que la ingestión de bebidas (en especial de vino) obra durante decenios enteros, y junto a consecuencias cada vez más nocivas, de modo estimulante de la productividad, aumentando la inspiración y las ideas, favoreciendo el buen humor y la conversación chispeante, acrecentando el ingenio.

Un tipo muy conocido por el médico de familia es el bebedor habitual que, cuando alterna con los amigos o se encuentra en sociedad, se muestra lleno de ingenio y gracia, hace graciosos brindis, tiene ocurrencias profundas o agudas durante la conversación, sobre todo si ésta se refiere a temas de importancia, pero que en cuanto retorna a su hogar comienza a armar escándalos, a provocar escenas violentas. No es éste, sin embargo, el tipo que llega hasta los hechos de franca violencia física, lo cual es más bien propio del borracho agudamente embriagado. Dicho cambio de actitud se verifica bruscamente al pasar de un medio ambiente a otro distinto, y el humor bonachón, jovial, generoso que existía en el primero se transforma en mal genio, brusquedad, grosería, impertinencia e incluso brutalidad (de palabra). Esta ambivalencia constituye una característica común de todos los vicios basados en la ingestión de tóxicos. En el alcohol es de todos conocida, se busca aquél para olvidar penas, por motivos personales y también por motivos de índole social, es decir: por los efectos benéficos del mismo al favorecer la sociabilidad, pero el tóxico tiene también sus efectos perjudiciales, los cuales, con el tiempo, alcanzan el predominio, el cual puede incluso llegar a ser absoluto.

El abuso en la ingestión de alcohol es habitualmente tan evidente que el médico no tiene necesidad de apelar a la observación atenta de las alteraciones psíquicas para evidenciarla. Pero en aquellos casos en que la tolerancia al alcohol se halla disminuída, ya sea debido a las condiciones personales, ya a circunstancias exteriores (clima, enfermedad crónica, exceso de trabajo) y en los casos, nada raros, en que se acostumbra a be-

ber a escondidas, lo cual hacen especialmente algunas mujeres entradas en años, los signos psíquicos pueden ser muy esenciales para saber si se está pasando de la raya, aun cuando esto último, en ocasiones es banalizado por el sujeto (lo cual sucede con todos los vicios). Son en especial la creciente irritabilidad, el hábito de lamentarse y lloriquear, las mordaces acusaciones contra las personas que rodean al paciente, la fanfarronería y el hacer todo género de proyectos mientras desciende notoriamente la capacidad de rendimiento y se descuida cada vez más el cumplimiento del deber, el paso brusco de una bonachonería sensiblera a una hostilidad hiriente y rencorosa, tanto en el discurso como en el obrar, la desaparición de ciertas inhibiciones que se manifiesta en falta de tacto y de buen gusto (por ejemplo: la tendencia a decir obscenidades cuando se está en una reunión de sociedad, en presencia de señoras y señoritas), las jactancias eróticas coincidiendo con disminución de la potencia sexual, todo, esto, observado en sus comienzos y claramente distinto del carácter y el comportamiento anteriores justifica, por lo menos, la sospecha de que se está bebiendo o bien demasiado, o con demasiada frecuencia. Esto último, la «demasiada frecuencia», no debe ser dejado de tener en cuenta.

El hábito de beber licores, sobre todo, adopta muchas veces la siguiente forma: nunca más de una copita, de «un poco» de coñac, pero muchos de estos «pocos» al cabo del día. Beberse siete vasos de vino repartidos durante el día puede ser más perjudicial que ingerir una botella entera por la noche, ya que el sueño es el mejor neutralizante del tóxico alcohólico en el sistema nervioso central, y de aquí que la costumbre de empezar a beber desde por la mañana temprano sea una de las más nocivas modalidades del vicio. En general, cabe establecer la regla profiláctica siguiente: consumir bebidas alcohólicas después de cumplida la labor cotidiana, ya sea esta física o mental, sobre todo si se trata de esta última, es por lo general menos perjudicial (según las bebidas) que mientras se trabaja. De aquí que constituya una terapia muy razonable del alcoholismo crónico limitar la ingestión de bebidas alcohólicas exclusiva y severamente a la noche, antes de acostarse, y prohibir

durante el día la ingestión de un solo trago. La mayoría de las veces no se logra la abstención radical, y desde luego no puede obtenerse sino en establecimientos especiales o por medio de una nueva forma de vida en el seno de una sociedad o comunidad de abstinentes.

De un modo muy característico describe Adolfo Frey el brusco cambio de un estado de ánimo alegre, placentero e ingenioso a otro hostil, violento y desagradable al tratar en su libro «Recuerdos de Gottfried Keller» (1893, págs. 125 y sigs.) acerca de este escritor, ejemplo de clásico bebedor productivo entre las personalidades creadoras. Platón, en su inmortal «Banquete», describe la unión de grosera falta de tacto y de adulación sensiblera que ofrece, frente a Sócrates, el embriagado y pendenciero Alcíbiades. El discutir los efectos positivos, benéficamente desinhibidores y espiritualmente estimulantes, del alcohol, constituiría un partidismo propio de un abstinente mojigato y se halla en contradicción con numerosos datos procedentes de las biografías de hombres geniales. El poder creador de Goethe, el cual consumió durante decenios enteros al menos una botella de vino diaria, y frecuentemente más de una, no falló ciertamente jamás ante este «abuso», sino que ocasionalmente se agotó o se debilitó debido a causas muy diferentes.

No se ha investigado aún si el alcoholismo crónico grave, como tal, se refleja en la forma y en el contenido de las producciones artísticas. ¿Es que alguien que no supiese nada acerca del alcoholismo del autor podría asegurar ante las narraciones de E. A. Poe o de E. T. Hoffmann, ante las composiciones de Reger, ante las pinturas de la última época de Rembrandt: esto puede ser únicamente debido a un bebedor, pues lo indica la elección de este o de aquel motivo, este o aquel detalle de la obra, de la técnica, de la forma artística? El error de los fundamentales experimentos de Kraepelin (que en sí poseen elevado mérito) o mejor dicho: de la interpretación de los mismos, estriba en querer deducir, partiendo de rendimientos mentales elementales, consecuencias aplicables a rendimientos psíquicos sintéticos. El tener ocurrencias es algo distinto que el llegar a conclusiones lógicas. Con respecto al pensar riguroso,

que enlaza de una manera crítica un miembro elemental a otro hasta formar la cadena de las deducciones, toda cantidad de alcohol ejerce un efecto perjudicial, favorece las asociaciones casuales, pero deja de ver, frívolamente, defectos de lógica. Sin embargo, la cantidad de ocurrencias que más adelante habrían de ser seleccionadas y elaboradas por un pensamiento riguroso, aumenta y se hace más flúida, seguramente, en sujetos con disposiciones productivas. mediante el alcohol en las más diversas dosificaciones. Tan sólo hay que tener en cuenta que (en especial cuando se trata de dosis elevadas de alcohol) incluso las más brillantes ocurrencias desaparecen tan pronto como han surgido y que, por tanto, deben ser inmediatamente fijadas y escritas, si no se quiere que desaparezcan para no volver más, al cabo de pocos minutos a veces, en ocasiones al cabo de pocas horas, a la mañana siguiente.

En esto se asemeja la acción del alcohol a la vida onírica, cuyas imágenes se disuelven ya a veces a los pocos minutos del despertar y no vuelven a recordarse más, por muy claras que se mantuviesen ante nosotros en el momento del despertar.

Por otra parte, la acción «desencadenante» del alcohol en este sentido puede ser unas veces estimulante, otras, en cambio, obra más bien apagando un estímulo. En unos suprime inhibiciones (al movilizar ideas y ocurrencias), en otros las produce (fijando dichas ocurrencias). Federico GUNDOLF, según él mismo me confesó, mientras concebía algunos de los mejores fragmentos de su *Goethe,* consumió alguna noche media docena de botellas grandes de cerveza, y aún más, para dominar el fluir de los pensamientos. La cerveza neutraliza los efectos del alcohol por los efectos sedantes y soporíferos de determinados componentes del lúpulo que entra en su composición.

Con respecto a MAX REGER, parece haber sucedido algo análogo, mientras que el pedantesco jurista HOFFMANN recomienda el estímulo del vino, a ser posible, en forma de vino espumoso. Según los casos, la ayuda para lograr una productividad óptima puede hallarse representada por cantidades mayores o menores de alcohol, ya que éste obra primeramente, y en pequeñas cantidades, como excitante psicomotor; en cantidades mayores, como inhibidor, y en cantidades máximas, como paralizante.

Un sujeto que no se sentía muy seguro de no sucumbir a tendencias homosexuales, me afirmaba que por este motivo era por lo que bebía los primeros vasos de vino; si bebía uno solamente, le acometía la excitación erótica; pero cuando llevaba bebidos cinco o seis, desaparecía ésta y era sustituída por un indiferente bienestar. El hecho de que cantidades muy elevadas puedan conducir precisamente a obscenidades sexuales se halla relacionado con la paralización de todas las inhibiciones, y que deja el campo libre a los instintos bestiales.

Uno de los más hermosos resultados de los estudios fármacopsicológicos de KRAEPELIN, es el de que ya una serie de investigaciones prolongada durante cuatro semanas mediante suministro continuado de alcohol, y con muy breves intervalos en dicho suministro, origina unas curvas de rendimiento análogas a las correspondientes al alcoholismo crónico de comienzo. Los daños psíquicos elementales se suman terriblemente cuando se suministra alcohol repetidamente antes de que haya desaparecido el efecto de la toma anterior. WEYGANDT ha comunicado que esto último sucede en el transcurso de una noche si se administran cuarenta centímetros cúbicos de alcohol absoluto, es decir: poco más o menos un litro de cerveza de tres a cinco grados o medio litro de vino de cinco a diez grados.

La experiencia muestra que la persistencia del efecto psicofísico del alcohol crece ya, de modo puramente subjetivo, con la edad. Desde luego, los excesos en este sentido obran en sujetos de 50 a 60 años disminuyendo los rendimientos (y alterando el estado general) durante largos días, mientras que en los individuos de 20 a 30 años pueden no presentarse rastro de ello al cabo de día y medio. De aquí se deduce que el simple hecho de envejecer supone un progresivo aumento y una aceleración de la peligrosidad y de los desórdenes debidos al abuso del alcohol; el bebedor va cada vez más cuesta abajo, aun cuando no hayan aumentado las cantidades ingeridas. La decadencia psíquica se distingue por el vacío intelectual y el embrutecimiento del carácter.

b) También la *morfina* es aportada al organismo como medio de obtener placer, allí donde se ha originado la toxicomanía y lo mismo que sucede con el alcohol, es decir: como euforizante intenso. Los efectos del opio total, el cual entre nosotros, en Occidente, no juega ningún papel de importancia, y por lo que se refiere a la provocación de imágenes, no existen en la

morfina. La euforia morfínica se diferencia de la alcohólica por la ausencia, o al menos la insignificancia, de los componentes de excitación motriz. Culmina en una alegría silenciosamente feliz, un bienestar esencial y sin deseos. Con ello alterna la depresión vacía («vaciada») de los períodos libres de tóxico en una forma cada vez más marcadamente cicloide, que una vez captada puede ayudar a diagnosticar y desenmascarar como tal al morfinómano. Desde luego, el cuadro de manifestaciones físicas oscila entre dos extremos que pueden calificarse como «floreciente» y «mustio», respectivamente, pero ambos calificativos son también aplicables a los estados psíquicos del morfinómano.

Desde luego, el primer contacto con la morfina no acostumbra a establecerse, por regla general, a causa de sus efectos euforizantes, sino con motivo de sus cualidades analgésicas. Un dolor que desaparece hace ya que el estado de ánimo tienda hacia la euforia, y esta transformación es multiplicada gracias al efecto positivamente euforizante de la morfina. El enfermo piensa que jamás se ha encontrado tan maravillosamente bien, se siente feliz y libre de deseos, lo cual difiere inconfundiblemente del frecuente e inquieto impulso hacia la actividad durante la alcoholización moderada, de los impulsos a charlar y hacer ruido que surgen en ésta, de su alegría bulliciosa y sociable.

Es mucho más frecuente tener que desenmascarar al morfinómano que al alcohólico, ya que en aquél suele tratarse patotípicamente de la existencia de un vicio oculto. Si después de enfermedades que cursan con dolores intensos, y a pesar de haberse conseguido la curación, se muestran las mencionadas oscilaciones cicloides en el aspecto físico y en el estado general, si se llega a dar uno cuenta de que el sujeto sano, pero que sin embargo se muestra decaído, pone un pretexto cualquiera para ausentarse durante unos momentos y vuelve luego fresco, despejado y floreciente, se sospechará, con muchas probabilidades de acertar, que prosigue inyectándose secretamente morfina. Debería constituir para todo médico el *abc* del conocimiento de esta toxicomanía el que la psicoterapia y la psicagogía de la

misma no puedan consistir sino en la deshabituación radical.

El médico ha de permanecer constantemente, durante años enteros, en guardia, para que no se continúe o se vuelva a recaer en el vicio. Durante mucho tiempo deberá exigir al paciente, sin que valgan las protestas por parte de éste, que se deje reconocer con el cuerpo desnudo, con el fin de descubrir las reveladoras huellas de las perniciosas inyecciones. Es misión absoluta de la psicología clínica que todo médico o estudiante de Medicina se guarde por sí mismo de incurrir en este vicio, que tan peligroso puede resultar para él, ya que podrá conseguir el tóxico de un modo que ha de pasar relativamente desapercibido. Los médicos morfinómanos poseen, lamentablemente, una parte considerable de culpa en la extensión de la morfinomanía, a causa de la relajación ético-profesional con que permiten a otros aquello de lo que ellos mismos no pueden ya prescindir. Lo mismo puede decirse con respecto al personal auxiliar, el número de enfermeras que se inyectan secretamente y que ayudan a los pacientes a inyectarse también en secreto es lamentablemente considerable y motivador de preocupación.

En contra de ello es necesaria una legislación que no se preocupe solamente de los médicos, sino de todo el mundo, y una dura disciplina administrativa: retirada o suspensión del título al médico morfinómano, exclusión del personal auxiliar morfinómano de todo contacto con los enfermos, y en caso necesario, expulsión del cuerpo o del establecimiento.

La *morfina* se revela en el punto culminante de su efecto euforizante y en el primer estadío del hábito (en ocasiones también más tarde, pues hay diferencias individuales) y accesoriamente, como un «noético», es decir: favorece de modo pasajero la claridad de los pensamientos, la facilidad de apercepción interna, la consideración crítica de la corriente de representaciones. Desde este punto de vista, la aportación de una pequeña dosis de morfina puede actuar de modo muy semejante al té, cuya ingestión tiene como consecuencia un ligero apaciguamiento, bienhechor, de la psicomotilidad, un estado de ánimo flemático y agradable.

Los sujetos que se dedican a actividades mentales de índole creadora se hallan por ello especialmente predispuestos a incu-

rrir en el vicio, ya que este tóxico aumenta de hecho y pasajeramente su capacidad de rendimiento, y no de un mero modo aparente, como sucede la mayoría de las veces con el alcohol. En el opio esta noesis cede el puesto a la «eidesis», el juego de las imágenes fantásticas interiores, pasivamente contempladas y que se suceden tumultuosamente, sustituye al claro dominio del pensamiento sobre el fluir de las representaciones. De modo análogo suceden las cosas con respecto al té y al tabaco, ya que éste se asemeja lejanamente al opio. El sumirse en la contemplación del humo azul favorece también agradablemente la imaginación.

En el fumador hay algo de pasiva sensualidad y de éxtasis, que contrasta con la clara lucidez, algo insípida, del bebedor de té: el apagamiento de la motilidad es común en los tres (en mí mismo es tan acentuada después de tomar té, que me dificulta dar una lección o una conferencia, mientras que por el contrario favorece escuchar conferencias y escucharlas además con sentido crítico). Muy distinta es la acción del café a pesar de contener un alcaloide muy semejante al del té, especialmente en infusiones concentradas, ya que producen una euforia semejante, en cierto modo, a la embriaguez, que muestra todos los rasgos de la viva excitación motriz, por lo que se refiere a la motilidad voluntaria (animación de la charla) así como a la vegetativa (enrojecimiento del rostro, palpitaciones, aumento del peristaltismo). Esto no puede depender sino de la acción de sustancias excitantes, angiotropas producidas por el tostado y contrapuesta a la de los aceites etéreos de las hojas del té.

De todos modos, la dosis de cafeína contenida en una taza de café fuerte es considerablemente mayor que la existente en una taza de té muy cargado. Sin embargo, la intensa excitación, la casi embriaguez que presentan muchas personas después de tomar una taza de café fuerte, no se observa casi nunca después de la administración de cafeína pura, y ya que aquélla aparece especialmente al tomar café preparado «a la turca», es decir, por infusión rápida y no por destilación gota a gota como en el «café filtrado», para desaparecer de nuevo rápidamente mientras que el insomnio es mucho más raro después de la ingestión de «café turco», se puede deducir con visos de verosimilitud, que dicha especie de euforia es debida a sustancias que se desintegran rápidamente y que proceden de la corteza tostada del grano de café, unidas en su acción a la cafeína. Puede transformarse bruscamente en disforia al aumentar mediante nuevas ingestiones. Aquí, desde luego, nos falta mucho para llegar a un auténtico conocimiento del asunto.

La intoxicación aguda por el café se halla caracterizada por una excitación de la actividad cardíaca y de las arterias periféricas, intensa intranquilidad y ligero vértigo, así como sudor frío. Desde el punto de vista psíquico, me parece que se halla caracterizada patognómicamente por una ansiedad indefinida y oscilante y, sobre todo, por una sensación de extrañeza frente al medio ambiente habitual, difícil de describir, y siniestra. Al intoxicado le parece encontrarse «en algún sitio distinto», pero en general, no aquí, como si no hubiese visto jamás esta mesa; los propios parientes, el camarero a quien se conoce desde hace tiempo, están como cambiados, resultan extraños, como si perteneciesen a otro mundo o sus voces vinieran desde muy lejos. Este estado puede durar horas, al principio apenas se puede aliviar con algo.

Al cabo de cierto tiempo, pueden actuar favorablemente dosis suaves de alcohol, por ejemplo: algunas copas de vino añejo bebidas lentamente. La sensación de normalidad vuelve de nuevo, la ansiedad cede. Hay que tener cuidado en no administrar licores, pero tampoco hipnóticos, pues si se administran demasiado pronto pueden agudizar la molesta sensación de extrañeza. Sin embargo, no vemos muy claro si es que el café que produjo tales efectos no contenía alguno de los numerosos aditamentos que a él se agregan, sin que se conozca su composición, en muchos establecimientos. Yo ví durante un congreso cómo surgía un estado semejante en una dama que había ingerido bastante rápidamente tres botellines de coca-cola. La cola contiene, como es sabido, principalmente cafeína, y la coca, ¿indicios quizás de cocaína? No se sabe.

¿Existe una intoxicación crónica debida al café y al té, y muestra psicomas característicos? Goethe atribuía el mal genio de Carlota von Stein, al envejecer ésta y ver cómo el poeta la iba rehuyendo, al abuso del café. El, que era un contumaz bebedor de vino, era al mismo tiempo (cosa que vemos con frecuencia) un enemigo igualmente declarado de otros dos tóxicos muy habituales: el café y el tabaco. Kraepelin roza la cuestión muy de pasada y designa como «neurasténicas» las posibles consecuencias. Yo creo que esto significa no molestarse mucho en considerar el problema. La ingestión de café fuerte, repetida varias veces al día y hasta bien entrada la noche, prolongada durante años, ocasiona una especie de estado de continua excitación, en la que acaba por desaparecer, poco a poco, el matiz eufórico que tenía al principio, y se oscila entre el malhumor, la intranquilidad y las crisis de ansiedad. Sería preciso reunir observaciones mucho más detalladas acerca de esto (por ejemplo: proceden-

tes de viajantes de comercio que trabajan en Europa Sudoriental y en el Oriente Próximo, los cuales son constantemente obsequiados por motivos de «hospitalidad», en cada visita, con café, y que llegan así a ingerir unas cantidades inconcebibles de tazas). así como por investigaciones experimentales, tales como las que hemos visto con respecto al alcohol, y que al cabo de solamente cuatro semanas nos muestran, sin embargo, el cuadro esencial del alcoholismo crónico.

El té y el café son destacados «noéticos». Afinan la percepción y la captación sensorial, la claridad de los acoplamientos aperceptivos de las representaciones, facilitan el pensar propiamente dicho, enfocado hacia objetivos claros. En oposición al efecto del alcohol, que favorece el surgir de ocurrencias, pero que perjudica al pensamiento, son muy adecuados para facilitar los efectos intelectuales. Por otra parte hacen desaparecer el cansancio, y en especial el sueño. La unión de lucidez mental con una inquietud vibrante y pulsátil, y que aparece después de intensas tomas, puede ser de todos modos muy molesta. No es, por tanto, ninguna casualidad que ambos, precisamente por esto, hayan comenzado su tardío viaje triunfal por el Occidente a raíz de la época de la Ilustración El maestro KRAEPELIN se inclinaba a atribuir a aquél efecto «noético» tanto la atmósfera de los «tés estéticos», durante los cuales se hace intelectualmente trizas todo lo habido y por haber, como la tertulia de café con su clarividencia de las debilidades del amado prójimo.

Sea como fuere. y como vemos actualmente, la afición a consumir té y café fuertes, ha preparado y dado lugar a un nuevo grupo de toxicómanos, para el cual se encarga la química sintética de preparar medios de más «confianza» (más eficaces aún), como vamos a ver a continuación.

c) El moderno vicio de ingerir sustancias estimulantes ha encontrado especialmente en la simpatina («pervitina») un fármaco muy adecuado para dejar atrás, por lo que se refiere a efectos ahuyentadores del cansancio, a las más fuertes infusiones de té o café. Del mismo modo que el morfinismo, el pervitinismo se ha extendido con enorme rapidez a partir del medio ambiente médico. en el cual tiene aún propiamente su foco principal. Ya en dosis moderadas, la simpatina obra como destacado estimulante, haciendo desaparecer el cansancio y también la sensación de hambre. Esfuerzos corporales y mentales sumamente intensos pueden ser soportados, bajo su influencia,

durante muchos días, sin necesidad alguna de comer y de dormir, como si se tratase de cosa de juego, con ausencia de todo efecto desagradable concomitante o ulterior, si se limita su uso a un plazo determinado. Al parecer es un auxiliar ideal para profesiones tales como la de vigilante nocturno, enfermero, policía, vigilante de prisiones, conductor de automóvil o camión, empleados de transportes, guardián a quien está encargada la custodia de documentos diplomáticos, así como sujetos que se tienen que examinar, y en muchas situaciones en tiempo de guerra. Es lástima que tenga un reverso, y que éste sobrevenga rápidamente, episodios súbitos, que asaltan con la velocidad del relámpago y que recuerdan en absoluto el delirio de agotamiento o colapso de los antiguos libros de psiquiatría. Faltan aún comprobaciones psicológico-experimentales acerca de este particular.

Un magnate de la industria química, al cual hice yo, después de una conferencia acerca de estos fármacos en el «Kaiser Wilhelm Institut», una exposición detallada sobre la obligación de las fábricas de experimentar estos productos psicológicamente, no tan sólo fisiológicamente, antes de lanzarlos al mercado, eludió mis observaciones diciendo que «era aún prematuro» (¡a los cincuenta años de las publicaciones farmacopsicológicas de KRAEPELIN!). Mientras tanto, se ha conseguido, por lo menos, que se incluya al pervitin en la legislación de estupefacientes.

A quien corresponde administrarlo es al médico, y así puede ser de gran utilidad en manos de los médicos de colegios de internado, seminarios y órdenes religiosas, de ferrocarriles y militares, para emplearlo en casos excepcionales en que sea necesario permanecer despierto. Sin embargo, y en general, la naturaleza orgánica no se deja desviar de su ritmo entre actividad y reposo. De siempre han existido naturalezas muy resistentes que precisaban de muy corto sueño, como FEDERICO EL GRANDE, LEIBNITZ, ALEXANDER VON HUMBOLDT, pero han constituído excepción. Nuestra civilización, con su vida concentrada en grandes urbes, ha convertido la excepción en regla para millones de personas, a las que priva de un sueño nocturno sufi-

ciente y a sus debidas horas, fomentando una exagerada vigilia.

Un francés de claro intelecto, Pierre VIENOT, juzgaba hace ya más de veinte años que la vida que llevaban las jóvenes generaciones de alemanes era «superconsciente». Un horario de vida como el que todavía existe en Suiza, donde a las once de la noche se cierran todos los establecimientos nocturnos, incluso en las poblaciones importantes, es irónicamente considerado entre nosotros como propio de siglos pasados. Las recientes experiencias por las que ha atravesado el pueblo alemán pueden haberle demostrado que la mencionada «superconciencia» no impide el abandonarse a las más oscuras tendencias instintivas, y no sirve para enjuiciar con claridad la situación en que uno se encuentra. Los pueblos cultos habrán de conseguir tan poca cosa con una vigilia artificialmente mantenida como han conseguido por medio de un artificial aturdimiento (por ejemplo, mediante los hábitos alcohólicos). Aquí se trata de un tema que es de la competencia de la psicología clínica de la cultura; y los médicos, como profesionales, tienen el deber de preservar a sus pueblos de una nueva y absurda costumbre: la de privarse artificialmente del sueño. Por ello habrán de controlar estrechamente el uso de los correspondientes fármacos.

d) En curioso contraste, muy significativo, sin embargo, con este hábito de tomar estimulantes, se halla la terrible difusión alcanzada por la hipnoticomanía, es decir: por el empleo de fármacos que provocan artificialmente el sueño. Las modernas condiciones de existencia en las grandes ciudades, con sus exageradas vigilias, perturba de tal modo los naturales hábitos de sueño de tantos de sus habitantes, que estos afirman no poder ya dormir si no es ayudándose por medio de procedimientos artificiales. Los avances que han supuesto la moderna presentación de la mayoría de los medicamentos y su propaganda comercial masiva se ha mostrado como un arma de dos filos en cuanto a sus efectos sobre la salud pública. Los efectos perniciosos se ven acentuados por medio de una semicultura médica que pretende saber cuanto es necesario acerca de los nuevos medicamentos y que incluso llega a exigírselos al médico antes de que éste los prescriba. No es posible que la administración

de sedantes, prolongada a través de años enteros, sea indiferente para el organismo. Hace ya más de medio siglo le era posible al médico establecer un diagnóstico de probable «bromismo» en ciertos neurasténicos, ya que, aparte del «foetor ex ore», que muchas veces era delator, resultaba inconfundible el cuadro psicofísico del abuso de este fármaco, que entonces constituía una auténtica panacea, en forma de sales de bromo, aguas bromadas y toda clase de preparados bromados de composición conocida o desconocida y mantenida en secreto. En ello correspondía un cierto grado de responsabilidad a los propios médicos, también a los neuropsiquiatras, que prescribían indiscriminadamente aquellos medicamentos contra toda clase de trastornos relacionados con la «excitación» cerebral y espinal, vegetativa y psíquica.

El psicoma brómico ofrecía un cuadro bastante semejante a un mixedema moderado: disminución en el participar en el ambiente, incapacidad para una percepción correcta, embotamiento general. Desde el punto de vista psicofísico eran característicos el empobrecimiento expresivo y, en especial, el de la mímica, así como la lentitud de tortuga con la que se verificaba toda la psicomotilidad voluntaria, la marcha y los movimientos de las manos, también la mirada y, sobre todo, el lenguaje (que se hacía arrastrando lentamente las palabras). Muchas veces se hacía preciso, ya se tratara de un neurasténico o de un epiléptico, establecer una radical supresión del bromo, prolongada durante mucho tiempo, para descubrir por fin la auténtica personalidad enmascarada bajo los efectos del medicamento y poder enjuiciarla correctamente. Desde el punto de vista subjetivo, los pacientes se quejaban con frecuencia y de modo espontáneo, de somnolencia, de cansancio constante e insuperable, de desgana para toda actividad, falta de interés, aparte del conocido y molesto sabor de boca y el mal olor de la misma; falta de apetito, estreñimiento muy acentuado y molestias «gastrocardiales», en especial extrasístoles (palpitaciones, etc.).

Cuadros afines al anterior, se encuentran muy frecuentemente con ocasión del empleo prolongado e indiscriminado de hipnóticos. Aun no se hallan bien diferenciados entre sí estos cuadros.

Se hace notar una paulatina disminución en la tensión de todas las funciones mentales y afectivas: en la atención, la capacidad de concentración, la capacidad para describir algo de modo claro y sencillo, en la participación afectiva, la viveza del interés, el impulso espontáneo a la actividad productiva. Una especie de somnolencia crónica parece alcanzar el predominio. Los que abusan de los hipnóticos hacen el efecto de estar somnolientos, adormilados, torpes; semejan haber perdido todo su caudal mental. La marcha vacilante, junto con la expresión somnolienta, permiten a veces hacer el diagnóstico exacto en plena calle. Muchas veces se quejan los sujetos de vagas molestias vertiginosas, así como de visión poco clara y de zumbidos de oídos. El hábito se delata, asimismo, en el creciente temor a la posibilidad de pasar una sola noche sin dormir. Sabido es que en esto último se trata muchas veces de una franca exageración, como atestiguan otras personas que duermen en el mismo cuarto que el sujeto. El hábito trae consigo la necesidad de aumentar constantemente las dosis; no son raros los casos en que los habituados a los hipnóticos echan mano por la noche y medio dormidos al tubo de comprimidos con el fin de tomar una dosis complementaria, transgrediendo de este modo el límite máximo de tolerancia y poniendo en peligro la propia vida. Durante toda la mañana, la psique medio despierta no consigue librarse de una especie de obnubilación.

Lamentablemente, cada vez es más crecido el número de médicos que apoyan la máxima del paciente: es preferible cargar con todos los efectos secundarios que no dormir «nada en absoluto», o simplemente que padecer de insomnio, y descuidan así la psicagogia, la cual, desde luego, requiere mucho tiempo; o incluso descuidan asimismo los viejos remedios caseros, que en repetidas ocasiones demuestran su eficacia, tales como envolturas calientes en las piernas o ligeres infusiones que producen adormecimiento (así, por ejemplo, las confeccionadas mezclando azahar, granos de adormidera y valeriana), las cuales en muchos casos serían suficientes para asegurar el sueño reparador y objetivamente necesario. La fabricación industrial en gran escala se ha mostrado aquí como fuente de nocivos abusos al

poner las especialidades farmacéuticas a disposición de todo el mundo, y originando así la decadencia del viejo arte médico de recetar. La lucha racional contra el abuso de los hipnóticos es una de las misiones correspondientes a una higiene psicofisiológica, que bien entendida comprendería sobre todo la higiene mental en nuestras grandes ciudades, en las que al fin y al cabo habita más de la cuarta parte de nuestra cifra total de población, hallándose comprendidos en dicha cuarta parte los círculos dirigentes.

e) Hace más de diez años despertaron gran expectación y una especie de hipocondria de intoxicación en masa las afirmaciones del entonces profesor de Química de Karlsruhe, doctor Stock, acerca de la intoxicación mercurial crónica de millones de personas a causa de los empastes dentales hechos de amalgama. Los odontólogos se vieron y se desearon para calmar a una parte de los clientes y para dar satisfacción a otra que exigía enérgicamente la inmediata supresión de sus empastes. Ya era sabido que el manejar durante años enteros mercurio muy desmenuzado no era inofensivo; pero hasta entonces los daños ocasionados por ello se habían dado principalmente entre los trabajadores que operaban con dicho elemento (fabricación de termómetros, de espejos, etc.), así como durante la administración terapéutica poco cuidadosa; por ejemplo, con motivo de la cura antiluética por medio de fricciones mercuriales. Se verificaron exámenes científicos por parte de los odontólogos, los cuales reconocieron que en especial los empastes viejos y realizados con amalgama ordinaria desprendían constantemente pequeñísimas cantidades de Hg en el organismo; pero, sin embargo, afirmaron que todas las amalgamas «nobles», siempre que se compusiesen con técnica correcta, ofrecían una seguridad frente a estas pérdidas de sustancia. Después de esto, Stock, a base de nuevas investigaciones, amplió también su tesis con respecto a las amalgamas «nobles», aun cuando la intoxicación habría de ser mucho más lenta a partir de éstas. Desde entonces, y debido a las circunstancias mundiales, se han acallado estas discusiones. Han tenido indudablemente una utilidad: la de estimular a la técnica odontológica a poner el máximo cuidado

en su trabajo y la de recordar de nuevo a la Odontología que es una rama de la Medicina y que también los dientes deben ser considerados y cuidados en estricta relación con el organismo total.

Este sano principio, desde luego, ha sido en ocasiones más bien exagerado: las llamadas paradentosis y granulomatosis de las raíces dentarias son acusadas de constituir el foco de toda clase de enfermedades supuratorias, sépticas, pero también reumáticas, artríticas, neurálgicas y neuríticas que puede sufrir el hombre.

Sin entrar en las diversas opiniones existentes acerca de la teoría de la infección focal, queremos advertir acerca de los peligros de nuevas hipótesis de moda y, en especial, acerca de unilateralidades que traen como consecuencia medidas de profilaxis ultrarradical, las cuales han hecho que durante el último decenio muchas personas perdiesen innecesariamente sus dientes naturales y bien cuidados sustituyéndolos con otros artificiales. La frase atribuída a un «dental surgeon» americano de que es preferible extraer hacia los 20 años los dientes naturales y colocar en su lugar una dentadura postiza, ya que aquellos, bajo las condiciones de nuestra civilización, se convierten en fuente de perjuicios al constituir focos de infección que amenazan la vida de toda persona, o en todo caso, su salud, puede haber sido inventada como mera broma, pero no deja de caricaturizar bien un exceso de celo que se encuentra muy difundido y que le ha costado a algún antiguo reumático la pérdida de sus instrumentos de masticación, sin poner fin, en lo más mínimo, a sus molestias reumáticas.

No pocos éxitos aparentes (entre ellos algunos, naturalmente, calificados de «mágicos») se han revelado como muy poco duraderos y seguramente han tenido lugar sobre una base sugestiva, que acostumbra a acompañar a toda nueva terapéutica. Así, pues, el médico hará bien en considerar con calma ciertas novedades sensacionales que se ponen de moda en Medicina.

Sin suscribir todas sus afirmaciones, recomendamos el estudio de libros como el de K. von NEERGARD, el fallecido clínico de Zurich, acerca de la «Enfermedad catarral», en el cual se dice muy acertadamente que la doctrina de la infección focal únicamente permite explicar un reducido número de enfermedades reumáticas. El médico obtendrá, en efecto, gran utilidad con su lectura, la cual ha de confirmarle en aquella actitud frente a lo novísimo, que antes hemos recomendado.

El cuadro de la presunta hidrargirosis crónica, estudiada por el profesor STOCK, es en sus rasgos principales el de una psicastenia, como manifestación psíquica parcial de una biastenia que aminora antes de tiempo todas las funciones vitales y que recuerda en muchos de sus detalles las molestias del climaterio masculino. La disminución de la memoria, la paralización de la capacidad reproductiva, mas también del interés receptivo, del erotismo y de la libido sexual, así como de la potencia, y además la falta de placer de vivir, el sentimiento de la inutilidad del propio obrar, las quejas hipocondríacas, el estado de ánimo básica y constantemente subdepresivo, caracterizan al psicoma hidrargírico; es decir, considerado en líneas generales, éste constituye un cuadro de senilidad precoz patológica, un envejecimiento prematuro.

Es siempre dudoso apoyar tales nosografías por completo o principalmente sobre una vivencia propia, como sucedió con Stock en este caso. El aspecto psíquico de la intoxicación mercurial era hasta entonces esencialmente conocido en forma de aumento de la excitabilidad y de labilidad irritativa, es decir: como «eretismo mercurial». Esto estribaba quizá en que se tenía en cuenta lo más sobresaliente y destacado, detrás de lo cual muy bien pudiera ocultarse el grupo de los síntomas asténicos que en la descripción de STOCK ocupan el primer plano. También este ejemplo nos muestra cuán largo tiempo ha descuidado una época materialista de la Medicina oficial las manifestaciones psíquicas concomitantes a los trastornos corporales y cuanta falta hace, precisamente con respecto al, por así decir, caso más elemental de enfermedad experimental: la intoxicación por una sustancia inorgánica, que incluso tiene carácter de elemento químico, una investigación y fundamentación fisiopsicológica y psicoclínica.

f) Las sustancias empleadas para obtener narcosis propiamente dicha apagan por completo la conciencia, o lo hacen en un grado tal que no puede surgir ya vivencia dolorosa alguna, mientras que los anestésicos locales únicamente logran una desaparición local del dolor, pero con absoluta lucidez de conciencia. Por tanto, un psicoma debido a aquellos anestésicos se limi-

ta al breve intervalo comprendido entre el comienzo de la narcosis y la pérdida de la conciencia, a vivencias oneiroides durante la anestesia parcial, así como a molestias psíquicas que de modo ocasional pueden aparecer ulteriormente.

La moderna anestesia procura cada vez más evitar el estadío de excitación o confusión, que, según los casos, puede ir acompañado de un ligero sentimiento de ansiedad (que, sin embargo, procede la mayoría de las veces de la siniestra perspectiva de la próxima pérdida de conciencia, más bien que de los efectos bioquímicos de la intoxicación), acompañado también de un defenderse en forma de frases y movimientos de defensa, etc. Si el organismo se encuentra ya intoxicado de otra manera, pueden surgir cuadros muy complicados, que prolongan el estadio de excitación y retrasan la pérdida de conciencia. Esto es sabido desde hace tiempo con respecto a los alcohólicos. La preparación a la narcosis por medio de inyecciones de escopolamina, evipán, etc., tal como se realiza en la actualidad, evita en gran parte tales accidentes.

Sustancias tales como el cloruro de etilo y otras análogas, que se emplean para anestesias totales de breve duración, de unos minutos, provocan en el sujeto, antes de sumergirse éste en la narcosis, y poco antes del apagamiento de la conciencia, la aparición de imágenes alegres y placenteras. Yo mismo he tenido ocasión de ver, al principio de la narcosis con cloruro de etilo, al operarme de un forúnculo de labio, abrirse un abismo lleno de luz dorada y ondulante, del cual surgía a modo de un sordo rumor maravillosamente tranquilizador. El peróxido de nitrógeno, llamado por ello gas hilarante, produce visiones parecidas, con frecuencia eróticas, que al ser ulteriormente recordadas son interpretadas como realmente sucedidas, pudiendo hacer recaer graves sospechas sobre el médico que verificó la narcosis. Tampoco estos narcóticos «ligeros» deberían ser empleados jamás sin la presencia de testigos. El gas hilarante, por otra parte, apenas se usaba ya, hasta que su empleo ha vuelto a renacer en América.

El *psicoma erótico*, que consiste en acusar al médico de agresiones sexuales, debe contarse, por desgracia, entre los riesgos

profesionales a que se halla aquél expuesto. Acecha tras toda entrevista realizada a solas con el paciente del sexo contrario. En cierta ocasión, un colega fué incluso acusado por un homosexual de haberse entretenido más de lo preciso en el reconocimiento de sus genitales. Dicho riesgo podría equipararse al de infección a que se halla expuesto el cirujano o el dermatólogo. No puede suprimirse por completo. Para evitarlo durante la narcosis pueden (y deben) realizarse éstas habiendo al menos otra persona presente. Mas ya en las hipnosis (las cuales dan lugar también a peligros de este tipo) la presencia de un tercero puede obrar cohibiendo o impidiendo el logro del sueño hipnótico.

No es posible realizar psicoanálisis ante testigos, y lo mismo es, en general, válido para la mayoría de los procedimientos psicoterápicos efectivos, así como para las exploraciones y manipulaciones ginecológicas. Los clientes con tendencias histeroides, no siempre acusan en tales casos al médico malignamente. Con frecuencia creen, por desgracia, lo que afirman; se imaginan algo que al médico ni siquiera se le ha ocurrido. Es aconsejable que el médico se fije bien en las expresiones de la paciente: toda sonrisa placentera con los ojos entornados (la muy patognómica «sonrisa histérica») debe ponerle en guardia, ya que al paciente que reacciona normalmente a la exploración no se le ocurre sonreir durante ésta. Un peligro de importancia para el médico joven estriba especialmente en que ciertas pacientes coquetas le incitan a una confianza excesiva, a flirtear y galantear con ellas. Debe guardarse mucho de hacer esto, pues luego quizás le resulte muy difícil verse por completo libre de acusaciones malintencionadas. El gabinete de consulta debe tener en este sentido la severidad de un templo de Vesta. Lo exige la ética profesional médica y lo aconseja el propio interés, bien entendido, del médico.

El psicoma erótico (FREUD lo llama de un modo excesivamente delicado «transferencia sobre el médico») aparece muchas veces como si la paciente quisiera en cierto modo resarcirse de sus sufrimientos y deseara obtener placer de su situación de enfermedad. Al médico puede costarle caro pretender (equivocadamente) auxiliar también en este sentido. Aquí también hay que estar tanto más sobre aviso cuando se trata de enfermos aficionados a algún tóxico. Los alcohólicos, pero especialmente las víctimas de la morfina y de la cocaína, quizás también las del ajenjo, incurren asimismo muy fácilmente en complejos de representaciones delirantes acerca de manipulaciones libidinosas por parte del médico, con lo cual muchas veces es el deseo (apenas reprimido, pero escondido) el que origina el pen-

samiento obsceno. Menos peligrosos son en este sentido los estupefacientes (haschich y mescalina). Esta provoca más bien representaciones de distanciamiento y pureza; aquél el típico complejo de superioridad, durante el cual se considera a los demás como situados muy por debajo de uno para que se entre en contacto con ellos.

Probablemente depende de especiales condiciones hormonales y genitales, el que tanto los vinos espumosos (champán) como el café muy cargado, ejerzan una acción mucho más marcadamente erotropa en la mujer que en el hombre. De aquí que sea preciso tener cierto cuidado en el empleo ocasional de aquéllos como analépticos, especialmente en los sanatorios.

También las molestias consecutivas a la anestesia, que antes eran excesivamente temidas por numerosos enfermos, se han reducido cada vez más ante las modernas técnicas de narcosis. Aparte de aquellos casos en que existía una auténtica idiosincrasia (rara de todos modos) mucho más frecuente con respecto a ciertos anestésicos locales, por ejemplo, del grupo de los que contienen adrenalina, o preparados muy ricos en cocaína, la mayoría de las veces eran provocadas por autosugestiones que el paciente se hacía a partir del estado de temor y ansiedad que precede a una operación importante. Cuanto más corriente se ha hecho el operar, tanto más ha ido desapareciendo el aspecto misterioso de la intervención quirúrgica, junto con el sentimiento de temor, casi supersticioso, que acostumbra a ir unido a lo que supone misterio.

Sugestiones debidas a personas extrañas y realizadas de un modo poco comprensivo pueden, naturalmente, hacer, aun hoy en día, que el paciente se muestre asustadizo y suspicaz al pintarle la narcosis como una peligrosa intoxicación, cuyos síntomas comienza a estudiar cuidadosamente en sí mismo cuando vuelve a despertar, y que desde luego descubre, ya que todo recién operado se nota todo género de molestias. Aquí puede tener el médico ocasión de intervenir de modo muy decidido y de explicar claramente al enfermo que, aun en el peor de los casos, los postefectos de un narcótico propiamente dicho no duran más que los de cualquier otro narcótico (en el sentido amplio de este término), es decir, más que una «resaca» después

de excesos alcohólicos o el malestar después del primer cigarro fumado, o el abatimiento y malhumor después de tomar vino muy mezclado. Ya hemos indicado anteriormente que debe evitarse llamar la atención del paciente, innecesariamente, sobre la posibilidad de trastornos consecutivos a la anestesia (lo cual es también aplicable a ciertas prescripciones, tales como la de ordenar que se respire profundamente después de la narcosis con éter), y dar así lugar, de modo psíquico, por su parte, a manifestaciones hipocondríacas. Tales complejos, clínicamente establecidos, persisten a veces durante semanas enteras en la psique del paciente, que ya de por sí se halla algo afectada a causa de la enfermedad y la operación y son en ocasiones cultivados por sujetos que se hallan a ello predispuestos. Una influenciación psíquica, realizada a su debido tiempo, puede proteger la mayoría de las veces contra estas secuelas.

A pesar de todo, la primera narcosis constituye para no pocas personas una vivencia intensa y persistente. En el interesante libro de GROTJAHN, «Ärzte als Patienten», una doctora, hasta entonces muy piadosa, reconoce que su creencia en la supervivencia del alma después de la muerte fué decisivamente afectada, alterada por la total desaparición de la conciencia. Aquí también olvida el médico, frecuentemente, que lo que para él se ha convertido en algo cotidiano y habitual, puede ser para el profano algo extraordinario y emocionante, que conmueve profundamente. No pocos pacientes prefieren por ello ser operados bajo anestesia local o raquídea. Otros, en cambio, rechazan precisamente esto: a pesar de la ausencia de dolor, sufren a causa de su despierta participación en cuanto sucede durante la intervención quirúrgica; les asalta una ansiedad creciente; escuchan cuanto se murmura a su alrededor, por si acaso se trata de una presunta sentencia de muerte para ellos, y así resulta que al final se hallan más afectados que si se les hubiera sometido a una anestesia total, por profunda y prolongada que esta hubiese sido.

Existen enfermos que afirman, después de la primera anestesia local o espinal, que en el futuro no quieren dejarse operar sino bajo ésta, y otros, por el contrario, que aseguran no querer volverse jamás a operar así. Es aconsejable procurar cerciorarse discretamente acerca de ello con anterioridad a la intervención.

La sustitución de la narcosis por la hipnosis, que en la literatura acerca del hipnotismo a fines del siglo pasado era aún tan alabada y estimada, no ha pasado de límites muy modestos. Tan sólo tendría aplicación con motivo de intervenciones muy breves y superficiales. Un hipnotizador sumamente experto, naturalmente, será capaz de conseguir, con cierta probabilidad de éxito, que la sugestión logre una anestesia total en una intervención que de por sí es muy dolorosa.

37 A las *anomalías mecánicas* del organismo corresponden muchas veces ciertas actividades psicomáticas, el conocimiento de cuya especifidad puede ser de importancia:

a) El caso más frecuente de este tipo, y precisamente en los actuales momentos, es la reacción, en parte adecuada, pero en caso de larga duración o incluso aumento (en lugar de vuelta al equilibrio) siempre inadecuada, a la falta de miembros y a la mutilación de órganos, es decir, consecutiva a la amputación de miembros, parálisis de grupos musculares, anquilosis y acortamientos, inmovilización por vendajes (escayolas, vendajes oclusivos de un ojo), taponamientos (por ejemplo, del conducto auditivo externo) o a la supresión temporal o permanente de partes del tubo digestivo: estómago, tramos de intestino, especialmente del recto (ano contra natura), o a la extracción de varios dientes (para sustituirlos con prótesis). La incomodidad y trastorno en el cumplimiento de la función que con ello se origina es en principio, por regla general, muy molesta, incluso deprimente, causa impaciencia, sensación de invalidez, desaliento,

Es conveniente preparar a los pacientes con respecto a estas secuelas, y puede decirse que ello forma parte de los deberes del médico. Ya en los casos de exclusión o impedimento agudos y pasajeros surge como reacción psíquica típica el psicoma de la irritabilidad impaciente, desabrida, que en caso de que aquéllos sean más prolongados o importantes, o incluso (como sucede después de las amputaciones) para toda la vida, puede transformarse en un depresivo desaliento, en entrega a una fatalista depresión. En las alteraciones paralíticas postapopléticas hay que añadir a ello, naturalmente, el efecto muy seme-

jante que procede del sistema nervioso central lesionado y en general de las lesiones arterioesclerosas de éste. Ambas cosas: mal humor y desaliento, son no raras veces hipercompensadas mediante una nota de arrogancia, o cierta aspereza de tono, que nos llama muy frecuentemente la atención en mutilados accidentales o de guerra. Aquel a quien le han suprimido un miembro insiste en cierto modo en su calidad de mártir o héroe; se siente una víctima de su peligrosa profesión, de la patria, de su bravura. Esta especie de autocompensación psíquica de los mutilados acostumbra, por término medio, a desaparecer al lograrse la compensación fisiológica del defecto. El tuerto, manco, cojo, llega a olvidarse casi, a través del reaprendizaje, de que le falta algo.

En lesiones que se han originado a muy tempranas edades (parálisis infantiles), la compensación del defecto se realiza en muchas ocasiones en el sentido de un acrecentamiento de la energía y de la aplicación, lo cual encontramos, en general, en muchos inválidos, lisiados y paralíticos de toda clase, mentalmente sanos y, por lo demás, y aparte de este defecto físico, sanos de cuerpo. Recuérdese el caso del Presidente Franklin D. Roosevelt. Mas entonces puede observarse también, con bastante frecuencia, una mezcla de irritabilidad resentida, de impaciencia, de intolerancia incluso y de imprevisibles cambios de humor (lo mismo que sucede en sujetos intelectualmente superdotados y no inválidos ni mutilados, pero de aspecto muy insignficante). Constituyen excepción figuras como la de SCHLEIERMACHER, que a pesar de ello conservan su espíritu equilibrado, y también mantienen su dulzura y su personal simpatía, transformando la energía potencial contenida en su insignificante apariencia en grandeza moral, valor cívico, amor a la verdad y ejemplar bravura. Ludwig FEUERBACH se expresa del siguiente modo acerca de SCHLEIERMACHER: «... aquel hombre de pequeña estatura, de torcidos hombros, que apenas sobresalía del púlpito, leía un breve versículo del texto y luego comenzaba a hacer comentarios en torno al mismo con frases cada vez más profundas y grandiosas.»

Aún no se ha explicado el hecho de que la ceguera acostum-

bre a ser mejor tolerada que la sordera. A primera vista parecería lógico todo lo contrario. Los ciegos son, en su enorme mayoría, sujetos pacientes, amables, agradecidos, optimistas. Las sorderas acentuadas acostumbran ir unidas a cambios de carácter, cuyo núcleo suele estar constituído por una creciente desconfianza, la cual (coincidiendo, por otra parte, con una salud psíquica intacta) puede agudizarse hasta llegar a lo deliroide. Esto resulta psicológicamente notable, ya que parecería que al ciego se le han de escapar muchos más detalles de lo que acontece en el mundo exterior que al duro de oído; que ha de poder engañársele más fácilmente y privarle con mayor facilidad de informes o informarle falsamente; así, por ejemplo, es mucho más fácil engañar, en asuntos referentes a la vida sexual, a un ciego que a un sordo.

El que, a pesar de todo, suceda lo contrario, tan sólo puede explicarse a causa del sobresaliente significado del lenguaje como instrumento de las relaciones humanas. El sordo, desde luego, va quedándose cada vez más aislado a medida que su defecto aumenta. También resulta, a pesar de todo, más fatigoso ayudar a un sordo que a un ciego, aun cuando este último precisa que le auxilien para dar paseos, para buscar un libro, para enterarse de lo que pone el periódico, para comer y vestirse, mucho más que el sordo. Es muy probable que las alteraciones psíquicas en la sordera dependan de lesiones centrales que podrían ser efecto de una enfermedad situada tanto en la base de aquéllas como en la del defecto auditivo, así como en la del vértigo giratorio que surge por intervalos en algunas modalidades de sordera.

b) *Psicoma conmocional* denominamos nosotros a aquellas alteraciones psíquicas (muy intensas al principio) que se establecen después de conmociones mecánicas de todo el organismo (caída desde grandes alturas, sepultamientos), pero preferentemente del sistema nervioso central y, en especial, del cerebro. Prescindimos aquí de las molestias inmediatas y, por así decir, «naturales» a la conmoción, tales como cefaleas, raquialgias, sensación de quebrantamiento en todo el cuerpo, dolorimiento local a consecuencia de contusiones, etc. Todos estos

síntomas predominan frecuentemente en el cuadro clínico inmediatamente después del despertar de la pérdida traumática de conciencia, pérdida que raras veces falta.

El psicoma propiamente dicho surge muchas veces como reacción tardía. A pesar de que todas las molestias locales pueden haber desaparecido, o, a lo sumo, reaparecen ocasionalmente en forma de dolorimiento de cabeza al colocarse el sujeto en la proximidad de fuentes de calor intenso (estufas, lámparas, el sol), el paciente no acaba de encontrarse del todo bien, «no es el mismo de antes». El estado fundamental del ánimo, que había mejorado, vuelve a ensombrecerse y adopta un matiz subdepresivo. Ya en el momento del despertar se ve el día que le espera a uno con tintes sombríos, cuesta trabajo levantarse y arreglarse, lo cual se verifica intercalando largas pausas apáticas. No se tiene la más mínima gana de trabajar. La preocupación no cesa de girar en torno al accidente sufrido y al por qué de éste. No cesan tampoco las lamentaciones hipocondríacas, sino que, por el contrario, se multiplican: surgen nuevas molestias locales, con frecuencia en lugares muy alejados de los primeramente dañados: parestesias en los miembros; se sienten las piernas como dormidas, como muertas; opresión en el estómago; vagas sensaciones cardíacas; pulsaciones, no sólo en la cabeza, sino también en la nuca, en la aorta descendente (en posición echada); cansancio fácil; al leer o al fijar la vista en algo, desaparecen las letras o los detalles del objeto; molestas «moscas volantes» recorren el campo visual; se sienten a modo de «latidos» en los ojos, en los oídos, en la punta de los dedos; la memoria es ya incapaz de retener nada, incluso las cosas más sencillas.

Lo que le rodea a uno aparece en ocasiones como extraño, y esta sensación de extrañeza se refiere también a uno mismo; ensueños confusos y angustiosos impiden el sueño reparador; una agobiadora fatiga obliga a acostarse muy temprano e incluso a tumbarse durante el día, pero no puede conciliarse el sueño. Las preocupaciones son incesantes. La libido disminuye considerablemente; el acto sexual agota de un modo extraordinario y deja una fatiga que se prolonga durante horas ente-

ras. En pocas palabras: el sujeto manifiesta que «está destrozado», que «está hecho una ruina». Se inculpa a los demás: el accidente pudo haber sido evitado, el chófer perdió la cabeza, el alumbrado era insuficiente, «se veía venir lo que iba a pasar». Esta actitud psíquica puede fijarse de tal modo, sin que pueda demostrarse lesión cerebral alguna, que el paciente no hace más que darle vueltas a su vivencia traumática, todo gira para él en torno a ésta; desde entonces «su vida está deshecha», «ya no volverá a ser el mismo de antes».

Hay que prevenir seriamente acerca de una polipragmasia farmacéutica. Los sedantes, en especial los que provocan pesados letargos, y entre los que se cuentan los bromuros y opiáceos, cuando se administran de un modo continuado, tienden más bien a empeorar el cuadro que a mejorarlo, ya que durante la artificial apatía que provocan es sobrevalorado el complejo traumático y se facilita la perseveración, es decir: la tendencia a adherirse a determinados grupos de representaciones y temas. La misión de la terapéutica, por el contrario, ha de ser la de volver a movilizar de nuevo psíquicamente al paciente, y, desde luego, no por medio de excitantes farmacológicos. Muchas veces existe una acentuada «intolerancia postconmocional», especialmente respecto al alcohol y al café, intolerancia que es preferible respetar.

La terapéutica más indicada es la de procurar que el paciente se ocupe de algo, que realice algún trabajo, con el fin de reconducirlo a una actividad normal. Lo mejor es explicarle que las molestias quizá han de prolongarse durante bastante tiempo, pero que acabarán por desaparecer del todo; puede asegurarse tranquilamente que dentro de un año todo habrá vuelto a la normalidad, pero no mucho antes de dicho plazo, y que, si bien se trata de síntomas molestos, no representan peligro alguno, no valiendo por tanto la pena preocuparse mucho de ellos. La mayoría de las veces resulta útil administrar un roborante suave en combinación con un leve sedante: la mezcla de arsénico y codeína (o arsénico y paracodina) en dosis crecientes y decrecientes, con dosis máximas moderadas, se muestra con frecuencia extraordinariamente eficaz. Pero lo

principal es lograr que el paciente adopte una actitud psíquica de confianza, para lo cual habrá de adoptarla primeramente el médico y transferirla después, sugiriéndosela, al paciente (en estos casos apenas puede calificarse a éste como «enfermo»).

Se procurará, además, que no se preste atención a las múltiples molestias aisladas, y que se atienda, en cambio, a aquello que puede realmente perjudicar, como son los excesos de trabajo, el trasnochar, el conversar durante demasiado tiempo en reuniones o tertulias, el vino, el café. El té no muy cargado, y a lo sumo un par de tazas, y la cerveza, entre las bebidas espirituosas, pero nunca más de medio litro, y en todo caso un par de vasos de vino tinto no muy fuerte (no, desde luego, de tipo Borgoña, ya que éste es la mayoría de las veces muy angioerético), son casi siempre tolerados y con frecuencia ejercen un efecto benéfico y calmante. En caso de que se tomen las mencionadas bebidas alcohólicas, es preferible hacerlo por la noche. No se permitirá, desde luego, la ingestión de licores. La cena ha de ser fácilmente digerible y no demasiado abundante, y se cenará por lo menos un par de horas antes de irse a dormir, ya que en el psicoma conmocional existe una tendencia a soñar cosas confusas y terroríficas, volviéndose a veces a tener crisis de pavor nocturno que habían desaparecido desde la pubertad, o incluso crisis de sonambulismo, o, en ocasiones, enuresis (especialmente después de conmoción medular por caída sobre la columna vertebral o choque contra ésta). Contra estos síntomas puede recomendarse dormir con la cabeza algo elevada, con pijamas o camisones muy holgados y cómodos. En personas de edad, y después de cenas muy pesadas, pueden surgir pseudoanginas de pecho que hacen que el durmiente despierte sobresaltado, que desaparecen habitualmente con rapidez levantándose y paseando un rato lentamente, respirando de un modo profundo (o soplando como si se hinchasen vejigas).

Todas las medidas de carácter excesivo (paseos demasiado largos, deporte diario, permanecer durante demasiado tiempo en agua fría) son perjudiciales. Los baños completos, templados, no diarios, sino dos o tres veces por semana, obran frecuen-

temente de modo muy beneficioso. Su temperatura no pasará de los 35°, y su duración oscilará entre los quince o veinte minutos y los tres cuartos de hora. Verificar durante el día un rato de reposo en el lecho (de veinte minutos a tres cuartos de hora) mientras se mantiene una conversación ligera, es asimismo útil, en tanto que, por el contrario, las curas de reposo más prolongadas favorecen más bien las ideas hipocondríacas. Lo que más perjudica es la exposición directa de la cabeza al sol, y también la exposición prolongada del resto del cuerpo, así como instalarse muy cerca de un foco de calor (lumbre o llamas) y la estancia en habitaciones a más de 18° de temperatura. Las reacciones a los cambios atmosféricos pueden agudizarse, y acerca de ello hay que prevenir al paciente. El «Föhn» puede ocasionar exacerbaciones muy molestas de todos los síntomas, las cuales no habrá más remedio que tolerar. El ejemplo de los animales salvajes y sanos, los cuales notan mucho, precisamente, los cambios de tiempo, es decir: son muy atmosferolábiles, puede servir para demostrar al paciente que no debe creer que en esta reactividad a los meteoros atmosféricos se trata de algo patológico.

En el psicoma conmocional se puede acreditar el médico como excelente pronosticador al vaticinar exactamente lo que ha de suceder. Y nada más fácil que lograrlo, ya que el pronóstico (si es que realmente existía únicamente conmoción sin lesión local alguna) es casi uniformemente benigno a largo plazo. En conmociones graves, con enturbiamiento de la conciencia prolongado durante horas o incluso días, las molestias consecutivas desaparecen la mayoría de las veces al segundo año después del accidente. La curación total se ve complicada por exigencias con respecto a seguros, mas en los asegurados privados deberían ser liquidadas lo más pronto que fuera posible, para que no se estanque el curso de la curación. Lo ideal sería que en los asegurados obligatorios también se realizase la liquidación oportuna con idéntica rapidez, pero la burocracia oficial no es fácil que permita esto. El médico deberá cuidar que, en la medida de lo posible, sean evitadas al paciente las gestiones que tenga que hacer personalmente, así como los pasos y trá-

mites a ellas anejos, ya que el verificarlas le excitaría e irritaría sobremanera, y recomendar que le sustituyan en estas tareas sus parientes o amigos. Todo médico debería especialmente oponer su veto a la constante repetición de la narración del accidente, ya que ello contribuye a fijar el complejo psíquico constituído por los recuerdos acerca del mismo, más bien que a disolverlo. Aparte de la esfera de las indemnizaciones por accidente, el psicoma conmocional es uno de los objetivos más terapéuticamente agradecidos a una psicagogía y a una labor psicológicoclínica.

c) Los obstáculos circulatorios de la especie más variada pueden dar interiormente origen a alteraciones mecánicas de las funciones vitales. Sus correlatos psicomáticos ofrecen por lo general el cuadro de la decadencia mental, ya sea advertida ésta por el paciente mismo, ya por los que le rodean. Muchas veces se encuentra esto como estadio inicial de la arterioesclerosis, y resulta arriesgado darse entonces por satisfecho con fórmulas tales como la de «climaterio masculino». El envejecimiento moral no trae consigo una decadencia mental acentuada, al menos antes de los sesenta y cinco años, y muchas veces hasta los setenta y cinco. Esta frase debe constituir para el médico un axioma de la psicología clínica de las edades de la vida humana. Una decadencia que sobreviene antes de este tiempo indica la existencia de causas morbosas, con frecuencia ocultas, ya que normalmente la memoria (mejor dicho, la capacidad de fijación y notación para nuevos contenidos mnémicos) comienza a empeorar de un modo constante a partir de los veinticinco años, y entre los cincuenta y los setenta se acentúa su curva de descenso. Pero, en cambio, surgen otras cualidades mentales de índole positiva, en ocasiones de modo muy brillante: la experiencia, el certero golpe de vista, el juicio sereno, sintetizadas en aquella actitud mental que conocemos y honramos como sabiduría de la ancianidad. A ésta corresponde sobre todo la consideración panorámica de la totalidad de la propia vida, que se complace más y con mayor frecuencia que antes en la rememoración de la propia juventud. Todo esto es «senil», no en sentido patológico, sino únicamente en el sentido de lo neoge-

néticamente normal, es decir: característico de la ancianidad.

Ciertas singularidades psicomáticas resultan alarmantes, por ejemplo, con respecto a sospechas de complicaciones por parte de la función renal: a signos preurémicos, los cuales aparecen preferentemente como nictopatías psíquicas. Bajo esta designación comprendemos trastornos psíquicos de índole leve, o también grave, que surgen al principio tan sólo de noche, a modo de fantasmas que rehuyen la luz y desaparecen «al primer canto del gallo», o mejor dicho: a las primeras luces del alba. Encontramos aquí temores vagos e imprecisos, que hacen ya su aparición al comenzar la noche, angustias y terrores, sombríos presentimientos, que pueden desaparecer al pasar el sujeto a sitios claros y bien iluminados, pero que vuelven en cuanto se sale a la calle sumida en tinieblas o incluso al apagar la luz de la mesilla de noche. En el estadio siguiente, estas distimias, hasta entonces indefinidas, adoptan un carácter confusional: se extraña el ambiente, no se reconoce ni a las personas ni a los objetos, el discurso se hace incoherente como un hablar entre sueños. Aquí estamos ya próximos al límite de la presbiofrenia, cuyo estudio corresponde ya a los textos psiquiátricos. Los pródromos más ligeros pueden consistir también en estados característicamente angustiosos, pero breves, de extrañeza del yo («Soy yo mismo?», «¿Soy yo verdaderamente yo?») al despertar por la noche, presa generalmente de terror a causa de confusas pesadillas, tan espantosas, que el horror de volverlas a soñar de nuevo dificulta el retorno del sueño. Parece ser que pueden producirse muy fácilmente «ataques» por dificultades circulatorias en la cabeza, como son los originados por postura incómoda al dormir, cuello de camisa estrecho, mas también por ingestión nocturna de alcohol, hipertensión inicial, deficiente irrigación cerebral, hiperemia de la dura y de la pía.

La moderna investigación de los vasos ha llamado especialmente la atención acerca de los estasis capilares que pueden dar lugar a auténticos encharcamientos sanguíneos de los tejidos. Una representación vaga, pero no inexacta (cosa de la cual nos hemos dado cuenta ahora), de estos hechos condujo en sus tiempos a la moda de aplicar ventosas y sanguijuelas como pa-

nacea de tales molestias, mientras que la sangría era reservada para los estasis venosos propiamente dichos. El modo de vida sedentario (que en la actualidad se halla representado en muchas personas por el constante viajar en auto), la obesidad, la sobrealimentación, la ingestión de vino y cerveza, son las principales causas de estos estasis capilares en el sistema nervioso central, cuyo reflejo en lo psíquico se halla representado por una especie de aminoración general del intelecto, de los intereses, de la agilidad mental, de la productividad y elasticidad psíquicas. Con mucha frecuencia constituyen signo exterior de ello los estasis capilares en las mejillas y a veces en la piel de la nariz, estasis que, en ocasiones, representan un pequeño mecanismo compensatorio, que hace que los procesos que habían de afectar a los órganos internos hallen primeramente una válvula de escape hacia el exterior.

Pueden poseer importancia psicognóstica, y sobre todo nosognóstica, las en sí insignificantes desviaciones de lo normal que conocemos con el nombre de «equivocaciones» y «actos fallidos». Es conveniente no dejarse guiar en la interpretación de las mismas por las ingeniosas y complejas construcciones psicoanalíticas, y creer ver surgir detrás de toda equivocación al hablar o al escribir, de todo olvido de nombres o fechas, una aversión o una preocupación «reprimidas», o, al menos, no hacerlo antes de haber descartado la posibilidad de una causa física y localizada en el sistema nervioso central. En estos «pequeños síntomas» puede ser de esencial importancia diagnóstica una medición a tiempo de la presión arterial.

Tan sólo errores o equivocaciones notablemente frecuentes o de contenido muy extraño indican, naturalmente, la existencia de tales causas cerebrales. Equivocarse respecto al día de la semana puede sucederle al más sano; pero cuando un sujeto de sesenta y tantos años, o incluso de cincuenta y tantos, vaga durante horas por una ciudad desconocida sin darse cuenta de que es día festivo, ello debe despertar al menos la sospecha de que se trata de alteraciones escleróticas del cerebro. Sabido es que tales síndromes, en este caso, por tanto, el psicoma parcial aperceptivo paramnéstico, que al principio, y durante años,

surgen de manera muy fugaz y en parte muy indeterminada, pueden constituir signos de una arterioesclerosis central, o, al menos, de estasis centrales. Estos últimos son precisamente susceptibles de corregirse por completo en muchas ocasiones, mediante un régimen razonable de vida. Sin embargo, en personas entradas en años hay que guardarse mucho de no cambiar bruscamente los hábitos de aquélla. Incluso los vicios del alcohol, la nicotina, el café, será preferible irlos frenando y atenuando poco a poco, y no suprimirlos de repente. En todo esto habrá que obrar de modo distinto más allá de los cuarenta y cinco, cincuenta, cincuenta y cinco años, que antes de estas edades.

En ningún caso deberá sustituir el médico un abuso ya existente, por otro nuevo: en realidad se abusa actualmente un poco de las inyecciones, tanto en las clínicas como en la terapéutica y profilaxis domiciliarias, e incluso también allí donde es imprescindible hacerlo (por ejemplo, en los tratamientos con estrofantina), y así resulta que los partidarios de las curas «naturistas» logren fáciles triunfos «desintoxicando» primeramente al que a ellos acude en busca de consejo, para someterle después a cualquier pequeño remedio casero y tradicional. No debe temerse prescribir cambios de ambiente que supongan cambios de clima, como se temía antes. En especial, los climas duros, como el alpino y el continental, son incluso bien tolerados la mayoría de las veces en avanzadas edades y con cifras altas de tensión, y en ellos desaparecen de modo sorprendentemente rápido y por bastante tiempo las manifestaciones debidas a estasis circulatorio. Los cambios moderados y bien regulados de régimen de vida obran de modo análogo; pero el médico no aprovecha bien el momento psicológico si se limita a dar consejos no bien precisados (como, por ejemplo: «Fume usted menos», «Haga más ejercicio», «Levántese más temprano»). Tan sólo los de índole muy concreta, y a veces sumamente detallada, son de auténtica eficacia: hay que precisar el número de cigarrillos, el tiempo que debe durar cada paseo y los lugares por donde debe darse; la hora de irse a acostar y la de levantarse deben quedar exactamente determinadas. Los fabulosos éxitos de SCHWANINGER se basaban en gran parte en el rigor

de sus regímenes, en los que con frecuencia debía intervenir el ama de casa por lo que se refería a la parte culinaria. Todo esto requiere por parte del médico cierto esfuerzo inventivo.

El gran químico OSTWALD ha recomendado, en general, que se aprenda algo nuevo hacia los cincuenta o los cincuenta y cinco años, por ejemplo: un idioma extranjero; pero puede tratarse también de un juego (bridge, ajedrez, dominó, etc.), de una afición a coleccionar (sellos, monedas, minerales, libros de cierta categoría). El consejo es excelente y ayuda a alejar la opresora sensación de que se están perdiendo facultades. Puede ser también de utilidad la investigación de árboles genealógicos, el estudio de la comarca donde se vive, escribir memorias autobiográficas, la redacción de un testamento literario, pues en las alteraciones mecánicas de la circulación con sus correspondientes psicomas se trata al principio, la mayoría de las veces. y más adelante, durante mucho tiempo, de trastornos funcionales que aún no son «orgánicos», mejor dicho, que aún no se hallan fijados, así, por ejemplo, de obstáculos u oclusiones pasajeras de la circulación en el territorio limítrofe entre las arteriolas y los capilares, o los capilares y las vénulas, susceptibles de compensarse o de aminorarse. Los masajes cuidadosos pueden prestar excelentes servicios, pero el epíteto de «cuidadosos» no es nunca tan importante como con respecto a esta técnica trapéutica, que con frecuencia es imprudentemente exagerada; lo mismo puede decirse de las gimnasias, hidroterapias e irradiaciones. Si se tiene en cuenta el «suaviter in modo» (sin perjuicio del «consequenter in re», pero sin confundir este último con el «frequenter»), este sector de padecimientos fisiosomáticos, y precisamente para el médico de familia, constituye un terreno sumamente agradecido para comprobar la eficacia de una fisiopsicología bien entendida.

38 Queremos designar como *destitución* a ciertos defectos de la constitución que la mayoría de las veces son congénitos y, en ocasiones, adquiridos (por ejemplo: como «reliquias» de una enfermedad pasada); hasta ahora han sido de-

signados como «displasias», o «constituciones displásticas», teniendo tan sólo en cuenta el aspecto somático. En consecuencia, vamos a hablar, pues, de *psicomas destitucionales*.

La «destitución» es algo distinto de la constitución patológicamente predispuesta, como la que en un leptosomático extremo favorece y da lugar a alteraciones cardíacas funcionales o a una tuberculosis, y en los pícnicos, a la obesidad, la gota o la aplopejía. Destituido es, por ejemplo, el pícnico que posee una configuración leptosomática de la caja torácica o el asténico de piernas cortas. «Destituidos» son algunos (en ningún modo todos) los mestizos raciales (zambos, mulatos, cruces recesivos de mestizos con blancos o indios), quizás incluso algunas y determinadas generaciones de mestizos, por ejemplo: los tercerones lo son más que los mulatos de la primera generación o que los cuarterones, etc.

Las «destituciones adquiridas» lo son en especial debido a alteraciones morbosas de las correlaciones hormonales; de aquí que los cambios en plus o en minus y las destrucciones de un grupo de glándulas (tiroides, hipófisis) pueda conducir a las más grotescas deformaciones y destituciones. Marcadamente «destituida» es la homosexualidad, así como el infantilismo, el feminoidismo, el virilismo. Signos parciales, tales como un encanecimiento prematuro sin otros síntomas de senilidad precoz o una hipotonía que perdura durante toda la vida, son rasgos «destitucionales», la mayoría de las veces congénitos. Las diversas alergias pueden reconocer también una base destitucional.

Lo destitucional, como en general lo constitucional, no es «curable», no es susceptible de ser cambiado, pero sí atenuado. Debe ser tomado en consideración y modificar, especificar y rectificar el régimen de vida. Los rasgos destitucionales curables son siempre adquiridos, son simplemente secuelas morbosas, en su mayoría de origen endocrino. Si en este caso tampoco hay probabilidad de curación, la terapia propiamente dicha deberá ser sustituída por una oportuna y cuidadosa adaptación.

Los psicomas de origen destitucional se extienden, la mayoría de las veces, mucho más profundamente dentro de la vida psíquica de lo que en muchas ocasiones se sospecha. La homo-

 sexualidad, por ejemplo, no es en modo alguno, y en la inmen-

sa mayoría de los casos, una mera desviación del instinto sexual con respecto a la elección del objeto. La mayoría de los sujetos inequívocamente homosexuales muestran más bien peculiaridades que no se agotan tampoco en el concepto de lo «no viril». No pocos invertidos se muestran en absoluto viriles en su actuación profesional o pública: son excelentes jefes, firmes, decididos, incluso autoritarios, y durante largo tiempo nadie de los que les rodean sospecha nada de su desviación instintiva. Cuando ésta se revela, causa sorpresa y estupefacción. Sin embargo, ciertos detalles aislados, ciertos rasgos feminoides, podrían haber despertado la sospecha de que «algo no estaba en orden», rasgos que se encuentran en patente contradicción con lo que estimamos como masculino y que tan sólo pueden comprenderse como debidos precisamente a una anormalidad de la sexualidad, a un fallo del carácter: una extraña falta de veracidad, un absurdo mentir u ocultar, ingenuas fanfarronadas o jactancias, un incontenible impulso a intrigar y calumniar.

En el fondo, todo esto corresponde al fallo ya existente en la sexualidad: ya se trate de una homosexualidad inequívoca y completa, coexistente con características sexuales secundarias absolutamente masculinas, es decir, con un hábito exterior viril, o ya, por el contrario, de un exterior inequívocamente feminoide con tendencias instintivas bisexuales. Hombres casados, de potencia normal, que engendran varios hijos y que, a pesar de ello, no pueden prescindir de relaciones eróticas o demasiado cariñosas con individuos del mismo sexo, sobre todo si se trata de muchachos.

Toda destitución muestra de algún modo fallos análogos y, desde luego, estriba en la existencia de lo siguiente: hay partes de la individualidad que no ajustan entre sí o que no ajustan con respecto a la totalidad. La constitución se halla dislocada, alterada, desarmonizada. En general, sabemos aún bastante poco acerca de las premisas que rigen tanto la constitución como las destituciones. Por lo que se refiere a la cuestión racial, los conceptos han sido muy enturbiados y deformados durante los últimos decenios por tesis preconcebidas (en el nacionalsocialismo alemán, por una repulsión fanática hacia determinadas mez-

clas de razas; en el integralismo brasileño, por el fomento y propugnación de una mezcla indiscriminada de razas). Parece ser que la unión de ojos claros (azules, por ejemplo), con cabellos oscuros, constituye más bien una mezcla de índole positiva, la de ojos oscuros y cabellos claros (rubios), más bien de índole negativa; pero en esto se trata más bien de impresiones que de hechos bien establecidos.

Aun no se conoce si es que defectos orgánicos específicos tan circunscritos como son la ceguera para el rojo y el verde (protanopia y deuteranopia), o por el contrario, ciertos talentos especiales y en grado excesivo, como los de los calculistas (el artista del cálculo RÜCKLE presentaba el fenómeno de ausencia de toda fatigabilidad con respecto a su hiperfunción específica), no presentan también correlatos en otros aspectos psicofísicos. Yo lo creo probable. Lo mismo podría decirse con respecto a otras malformaciones, tales como labio leporino, paladar ojival, exadactilia, ictiosis, albinismo, quizás también de los cabellos rojos, del estrabismo, etc. Naturalmente, no debemos aceptar o resucitar de un modo falto de crítica las viejas creencias populares, que buscaban detrás de tales «estigmas» inferioridades de orden moral; pero vale la pena de preguntarse e investigar si dentro del magma de escorias supersticiosas no existe un grano de auténtica experiencia.

Aquí corresponde también el estudio del modo de ser del inválido. En muchos casos se caracteriza por un psicoma de acentuado autismo, en el que pueden hallarse implicadas extraordinarias energías. Existen cojos, jorobados, tuertos (y también bizcos), que han conseguido en la vida éxitos asombrosos, aun cuando, y sobre todo al principio, hayan tenido que luchar con obstáculos extraordinarios. Como es sabido, muchas veces sorprende también que contraigan matrimonio con personas muy bien parecidas. Pero casi siempre existe en ellos algún rasgo de excesiva susceptibilidad, de desconfianza, un exagerado insistir en la propia capacidad, un quisquilloso sentimiento de autoafirmación. En muchas ocasiones, todo esto va acompañado por una tendencia a enjuiciar todo de un modo caústico, cínico, amargo, despectivo, nihilista incluso.

En los sujetos que han quedado inválidos a consecuencia de tuberculosis ostéoarticular se manifiesta una sorprendente vanidad, que se revela en el atuendo llamativo,, por ejemplo: en la elección de vestidos de colores chillones, aun cuando lo lógico parecería ser una conducta en opuesto sentido, es decir: el deseo de pasar desapercibido. Así, cuando el colega de un sabio, en sus tiempos famosos, y que arrastraba a través de la vida las secuelas de una parálisis cerebral infantil, me decía acerca de él: «Es, como todos los de su calaña, una víbora genial»; incurría en una exageración, ya que no cabe calificar de tal manera a cuantos presentan defectos físicos. Sin embargo, existe una cierta correlación entre la invalidez, por una parte, y la extraordinaria aplicación y cáustica agudeza de juicio, por otra.

> Quisiera llamar aquí la atención acerca de una diferencia que me parece existe, según que la invalidez se haya producido en la temprana infancia (o incluso antes de nacer), de modo tal que no perdure recuerdo alguno acerca de la enfermedad que la originó, o en todo caso que dicho recuerdo no sea muy preciso, o que el padecimiento que ha conducido a la invalidez se haya sufrido, de un modo «consciente», a una edad en que el recuerdo del mismo haya quedado grabado.
>
> En este último caso, en especial si la dolencia causante ha durado mucho tiempo, así, por ejemplo, en la tuberculosis del aparato locomotor o en raquitismo pertinaz, es mucho más frecuente que quede después un estado fundamental de ánimo más blando, paciente, alegíaco y precisado de amor, mientras que en el primer caso predominan los rasgos enérgicos, hipercompensados, duros y mordaces.
>
> Como es natural, a estas observaciones no se les debe conceder un valor general; mas a pesar de todo, pueden ser típicas con respecto a determinados grupos de inválidos, que por tanto pueden, según ellas, ser distribuidos en tipos.

En la actualidad no se les concede precisamente mucha importancia a los «estigmas degenerativos» que hace más de medio siglo constituían una moda, o poco menos, antropológica y patológica. Numerosos de ellos no tienen absolutamente nada que ver con males heredados, sino que se producen debido a daños (o en general a influencias) sufridos por las células germi-

nales o por el feto, y que, por tanto, son de índole completamente personal o generativa, es decir: que surgen tan sólo en algunos descendientes, o en una serie de hermanos («generación filial»). Debemos guardarnos de deducir conclusiones caracterognósticas a partir de manchas del iris, deformaciones de los lóbulos de las orejas, prognatismo, etc. Tales detalles pueden, a lo sumo, completar en pequeña parte un cuadro displástico que existiría aún sin ellos. En este sentido, tales signos constituyen más bien «estigmas destitucionales» que «estigmas degenerativos» y con frecuencia será más exacto designarlos como «microestigmas».

Una parte de las «destituciones» no se manifiesta en absoluto de modo que pueda percibirse morfológicamente (a lo sumo se revelarían histológicamente en la investigación de laboratorio y en el cadáver), sino funcionalmente. Aquí se cuentan, aparte de la mayoría de las perversiones del instinto sexual (que pueden coincidir con una absoluta normalidad de los ovarios, testículos y células germinales), especialmente las destituciones metabólicas, y a la cabeza de ellas, la diabética. Ya hemos hablado anteriormente acerca de su psicoma. Aquí han de incluirse también las neuropatías congénitas de la más variada especie, y entre ellas, las más próximas a la amplitud de oscilación de la espontaneidad y reactividad psíquicas que puede considerarse como normal son la neurastenia y la depresión «constitucionales», o mejor dicho: destitucionales. La última se confunde, sin transición marcada, con el temperamento «elegíaco» (melancólico, según GALENO); la primera se halla con frecuencia muy próxima a la «irritabilidad» del «genus irritabile vatum», a la «debilidad irritable» de aquellos «déséquilibrés» de la escuela francesa, entre los que se cuentan, según CHARCOT, los talentos destacados, mejor dicho, muchos talentos destacados. ARISTÓTELES, cuya opinión era algo distinta de esta que acabamos de exponer, encontraba que la melancolía era precisamente lo que caracterizaba a los espíritus creadores. Ambas concepciones tienen su parte de razón, ya que junto a los excesivamente «irritables», en los cuales la creación va seguida por el agotamiento, los «ciclotímicos», con su oscilar entre las

fases hipomaníacas y las subdepresivas, muestran también una considerable participación en la producción espiritual.

Todo esto puede ser de importancia para el médico de cabecera. Tales psicomas, si se observan en sujetos jóvenes, pueden a veces anunciar unas dotes extraordinarias, que coinciden con una labilidad también extraordinaria, y muchas veces también con una predisposición a enfermedades, como si estas facetas negativas fuesen el precio que ha de pagarse por aquéllas, pudiendo resultar muy equivocado terapeutizar en demasía a niños o a adultos de este tipo. La mayoría de las veces, de lo que se hallan precisados es de dirección, constituida ésta por una oportuna mezcla de firmeza y tacto, que les conduzca y ayude a través de situaciones peligrosas y de molestias, pero sin apartarles de su misión vocacional. Desde el ángulo de la psicología clínica, resulta aquí más adecuado para el médico el papel de psicagogo que el de psicoterapeuta. Desde el punto de vista funcional, tales sujetos continúan presentando déficit durante toda su vida. A veces puede suceder que dicho déficit se compense con el transcurso del tiempo hasta llegar a desaparecer, y no rara vez desaparece también aquello que constituía la fuerza de tales sujetos, es decir: sus dotes productivas. El «niño prodigio» se convierte en sujeto normal, física, pero también espiritualmente.

En cuanto el médico haya reconocido la auténtica destitución como base de las molestias y déficits en los rendimientos, su actitud pronóstica no puede reducirse a frases de consuelo, que o bien se limitan a un vago conversar en torno al tema o se manifiestan rápidamente como falsas, es decir: el médico no debe limitarse a intentar convencer al paciente de que todo ha de pasar, etc. La moderna técnica psicológica no vela al paciente sus debilidades, sino que se las pone bien de manifiesto y le enseña cómo ha de superarlas y equilibrarlas en la medida de lo posible. Esta es su misión propiamente psicagógica. La actitud, plena de confianza, del médico, significa por tanto en este caso: mostrar bien claramente al cliente que en su caso se trata de un déficit constitucional, que como tal no debe ser ignorado y que tampoco es susceptible de ser rectificado, pero que

no es preciso perjudique los rendimientos y el estado de ánimo vitales, siempre que sea convenientemente tenido en cuenta con respecto a la dosificación del trabajo, del reposo y de las distracciones, al control de los instintos (entre los que hay que contar también el de sociabilidad y su contrario: el de apartamiento).

En el consejo médico prematrimonial es preciso advertir al futuro cónyuge del paciente, con mucho tacto, que va a unirse a una persona de carácter algo «difícil», la cual, pese a todas sus buenas cualidades, continuará poseyendo dicho carácter durante toda su vida. No puede responderse en términos generales a la cuestión referente acerca de si deben contraer matrimonio las personas marcadamente anormales (en el sentido de «destituídas»), y dicha cuestión debe ser cuidadosamente diferenciada de otra: la referente a si es conveniente o no que tengan descendencia. En este sector fisiopsicomático existen precisamente casos en los cuales está indicado contraer matrimonio; pero en los que la cuestión referente a si han de tener hijos o no, es mucho más dudosa o delicada. El médico puede y debe tomarse aquí la libertad de aconsejar el matrimonio sin hijos. (1).

Pero también debe tener muy en cuenta la necesidad subjetiva del cliente, que muchas veces no es sino un antojo. Este último no debe ser el que marque la pauta a seguir: existen numerosos «destituídos» irritables o depresivos a quienes debe impedirse en absoluto contraer matrimonio, ya que éste no les aportaría felicidad alguna y traería tan sólo desgracia para el otro cónyuge, a pesar de toda la buena voluntad puesta por ambas partes. Esto es especialmente válido allí donde surgen rasgos inequívocamente histeroides o muy marcadamente esquizoides, representados estos últimos, la mayoría de las veces, por excesivas excentricidades. También allí donde existen síntomas obsesivos o fobias irreductibles, suele convertirse el que las padece en un torturador de cuantos habitualmente conviven con

(1) Nos permitimos llamar aquí la atención al médico católico para que no olvide, tanto en este pasaje de la obra como en otros referentes a cuestiones análogas, la doctrina de la Iglesia, con la cual no siempre coincide la opinión puramente personal del autor. (NOTA DEL TRADUCTOR.)

él. En todos estos casos, el médico tiene el deber de pronunciar, en trance necesario un «¡quod non!» muy categórico, precisamente frente a las futuras esposas de los pacientes, que muchas veces se deciden a dar el «sí» por lástima, a un pretendiente defectuoso. Por el contrario, tan sólo los sujetos con defectos físicos, incluso los que tienen un psicoma algo «difícil», es decir: gibosos, cojos, bizcos, ciegos, paralíticos parciales, acostumbran a ser muy excelentes compañeros de vida, psíquicamente sanos y activos, agradecidos, cariñosos y apegados a la persona que, por encima de sus defectos, les ha otorgado su mano para toda la vida. En los sordos hay que tener en cuenta la desconfianza (que se va acentuando durante el transcurso de la vida) y, que transformada en celos, puede ser muy torturadora para el cónyuge, e incluso agotadora.

En los defectos de poca monta es conveniente no andarse con demasiados miramientos, sino evitar fomentar una especie de complacencia hipocondríaca en la propia flaqueza (que puede ir acrecentándose paulatinamente hasta llegar a lo histeroide), diciéndole al paciente que la civilización actual da origen a mil extravagancias y que, después de todo, todo el mundo tiene sus «manías». El médico debe acudir con tiempo a orientar profesionalmente a los jóvenes que acuden a buscar su consejo. La selección y el asesoramiento psicotécnicos constituyen en la actualidad una rama del saber tan compleja y vasta que no pueden realizarse sin poseer una preparación previa para ello. Un solo reconocimiento psicognóstico por parte de un especialista permite descubrir más cosas y es más esencial con respecto a la aptitud profesional, ofreciendo una orientación más exacta, que toda la psicología vulgar con la cual pretenden resolver cuestiones tan vitales para los interesados muchos padres, parientes, amigos de la casa, maestros y médicos, teniendo tan sólo en cuenta para ello, la mayoría de las veces, la vocación profesional expresada por el interesado (si es que no la desprecian exageradamente). Una elección profesional auténticamente equivocada puede constituir una desgracia para toda la vida, tan grave como un matrimonio auténticamente equivocado; y el peligro de incurrir en ambos errores es muy fácil para todos

los inválidos o defectuosos, pues en ellos es muy frecuente una «disociación» de las aptitudes objetivas y de las tendencias subjetivas, ya que, por así decir, el «instinto» que une ambas categorías se halla desquiciado.

Es en general aconsejable, cuando se trata de niños inválidos, no esperar demasiado para consultar al especialista, es decir, al pediatra. Tales déficits poseen, no raras veces, una motivación puramente somática, que tan sólo el especialista en niños puede conocer, sobre todo desde el punto de vista pronóstico. Lamentablemente, la higiene escolar se ha transformado, debido a las fuerzas de las circunstancias, en una burocracia sanitaria en sí muy benéfica), que tiene predominantemente en cuenta la higiene colectiva, pero prestando escasa atención a lo individual.

De todos modos, el médico escolar perspicaz y despierto podrá, en unión del maestro, proporcionar también importantes datos al médico de familia, al del seguro, al pediatra, en aquellos casos en que sea de desear e incluso imprescindible una ayuda psicagógica extraordinaria, a causa de la existencia de defectos físicos o de deficientes rendimientos escolares. Pues el reconocimiento colectivo no es óbice para no prestar atención a estigmas de índole destitucional.

En determinadas circunstancias, la escuela pública se muestra, en general, inadecuada para resolver los psicomas correspondientes a determinados defectos constitucionales episódicos o incorregibles, en especial allí donde estos van unidos a dotes sobresalientes, extraordinarias, pero de índole más bien no escolar (por ejemplo, artísticas). Estos son los casos que, desde el punto de vista de la psicagogía juvenil, justifican la existencia de instituciones privadas, bien dirigidas y vigiladas, con pequeño número de alumnos y sin una esquemática división de clases. Puede corresponder a la tarea del médico con preparación psicológica, prescribir, como terapéutica y profilaxis, el cambio de colegio y de orientación pedagógica. De todos modos, habrá de tener en cuenta la mencionada solución, que a veces obra milagrosamente y que puede conseguir que una psique infantil retraída y tímida alcance por fin, después de años de esfuerzos y sufrimientos, el camino de su pleno y auténtico desenvolvimiento.

Por otra parte, las observaciones realizadas conforme a plan en tales instituciones, permitirían ampliar considerablemente

nuestro conocimiento acerca de las posibilidades ofrecidas por una correcta captación de ciertas destituciones y sus correspondientes psicomas. Remitimos al lector al capítulo VIII de esta obra, en el cual hallará ciertos datos que ya en la actualidad son familiares para el pediatra, por lo que a estos temas se refiere.

VII.—PSICOMAS HABITUALES Y COTIDIANOS QUE POSEEN INTERES CLINICO

39 Existen modos de conducta en la vida cotidiana que en sí no tienen nada que ver con la enfermedad, pero que con frecuencia representan un punto de partida de la enfermedad o del «padecimiento». El modo como el sujeto los sobrelleva y resuelve puede ser de importancia para el médico, ya que constituyen en ocasiones un signo premonitorio de una enfermedad que comienza o se avecina, y también de una labilidad ya morbosa del organismo. Por otra parte, muchas veces es solicitada la ayuda del médico, sin auténtica necesidad, como consecuencia de estas situaciones, y la misión de aquél consiste entonces en descargar al paciente de representaciones hipocondríacas y de convencer al presunto enfermo acerca de lo inofensivo de sus molestias, es decir: de su normalidad.

40 La fatiga que podemos denominar «normal» no es un estado psíquicamente desagradable, sino que, por el contrario, va acompañada por una cierta satisfacción, siempre que se pueda reposar de manera conveniente. El lenguaje cotidiano habla ya de un «dulce cansancio» que es heraldo del sueño, y con ello del descanso reparador. Pero allí donde debe continuarse trabajando a pesar del cansancio, de esta señal psicológica del estado de fatiga, ésta se transforma frecuentemente en una excitación, que muestra precisamente un aumento de los impulsos psicomotrices (aceleración en el trabajo: «la pluma vuela sobre el papel», el «devorar kilómetros» durante marchas prolongadas)) y durante la cual, según nos muestra la psicología experimental, se halla aumentada la cantidad de rendimiento por unidad de tiempo, pero disminuyendo, la mayoría de las

veces, la calidad del mismo. El estado de ánimo puede ser eufórico; desaparece toda sensación de cansancio, se siente uno perfectamente, se querría proseguir sin descanso.

En los niños que no quieren irse aún a acostar por hallarse jugando, se observa muy claramente esta euforia excitada. sin embargo, el estado de ánimo es ya entonces, con frecuencia, lábil, irritable, toda interrupción es contestada de un modo poco amable, se está descontento consigo mismo, se siente uno como forzado a continuar adelante, se imagina estar bajo una influencia extraña. Si se prosigue, esta excitación de la fatiga («ivresse du travail» de los franceses) se transforma, bien en agotamiento: fallan los rendimientos, el cansancio retorna, enormemente aumentado, se hace irresistible el deseo de descansar o dormir, o bien en estados confusionales: el «delirio de colapso» de la psiquiatría.

Fatiga y *ejercicio* son los dos polos de la actividad antagonista que determinan todo rendimiento continuado (y cuyo juego alternante se refleja en la «curva de trabajo», que asciende primeramente a causa del aumento de ejercicio y desciende después al predominar la fatiga). Denominamos ejercicio al aumento de rendimiento organísmico por el hecho de realizarlo. y fatiga a la disminución de dicho rendimiento debido también a su realización. Sin embargo, entre ambos no rige una relación meramente inversiva o alternativa.

La fatiga que surge por la acción conjunta del desgaste material y la formación de toxinas de la fatiga, puede compensar se siempre por completo, si se está sano, mediante una adecuada interrupción en la tarea (períodos de descanso, sueño), sin que quede ni resto de ella. El ejercicio, el aprendizaje, demuestra, por el contrario, su valor, precisamente en que siempre deja residuos, huellas, tras de sí (entrenamiento) que permanencen, a pesar de los períodos de reposo (que pueden ser de larga duración), y que llegan a un máximo determinado («marca», grado de maestría). Los procesos de la fatiga se realizan, por tanto, y al parecer, en estructuras parciales más superficialmente situadas en el organismo, probablemente en el sistema metabólico; los procesos del ejercicio, por el contrario, en un sistema más profundo y persistentes: en estructuras más hondas, en las cuales son frecuentemente conservadas du-

rante toda la vida las huellas del ejercicio realizado sin que éste haya vuelto a reanudarse.

Existen numerosas cosas que una vez aprendidas no olvidamos jamás por completo, aun cuando no volvamos a ejercitarnos más en ellas. W. OSTWALD ha querido explicar el ejercicio mediante la formación de indicios de sustancias que obrarían catalíticamente y que aparecerían en toda función orgánica, más dichas sustancias deberían entonces poseer, en contraposición a las fugaces toxinas de la fatiga («kenotoxinas») las cuales son rápidamente neutralizables, una persistencia que haría que se conservasen a pesar de todos los recambios metabólicos.

Si los signos de fatiga son dejados de tener en cuenta de modo permanente y si son así constantemente arrastrados restos de fatiga hasta el próximo período de actividad (en la mayoría de los casos, hasta el día siguiente) van sumándose paulatinamente hasta constituir el estado de fatiga crónica («surménage») el cual puede acentuarse hasta llegar al agotamiento crónico. Psicofísicamente ofrece el cuadro, tan conocido, que se designa comúnmente como «neurastenia» o debilidad nerviosa irritable, en el cual se entretejen o se alternan síntomas de hiperexcitabilidad y de disminución de los rendimientos. Hay que tener, sin embargo, en cuenta, que no se trata del exceso de actividad en tanto que tal, sino más bien de la actividad acusadamente acentuada de un modo emotivo, y por tanto, de aquella que va unida a excitación, tensión, repugnancia, enfado, choques psíquicos. A esto contribuye el mero hecho de que tales emociones no cesan al detenerse el sujeto en su actividad, sino que prosiguen durante los períodos de pausa. De aquí que los sujetos poco «nerviosos», con escasa reactividad afectiva (fríos, flemáticos, tranquilos) se hallen menos expuestos a los excesos de fatiga que los que poseen una intensa vida emocional (sensitivos, nerviosos, «sensibles»).

Los primeros síntomas del psicoma de la fatiga suelen consistir en impaciencia, bruscos cambios de humor, mal genio, trueque súbito de un intenso afán de actividad en una repugnancia hacia el trabajo, falta de confianza en sí mismo, dudas y vacilaciones acerca de la propia capacidad, roces con aquellas

personas a las que se está supeditado, o con los subordinados, los colaboradores, pero también especialmente con los parientes próximos. Otros síntomas son el establecimiento de juicios injustos, amontonar pequeñas objecciones en caso de dificultades o de resistencias, pero también, con frecuencia, empeñarse morbosamente en realizar un trabajo excesivo.

La profilaxis y el tratamiento más seguros consisten en el establecimiento de descansos, con regularidad y a su debido tiempo (período suficiente de reposo al mediodía, no trabajar en las horas que preceden al sueño, fin de semana libre con cambio de ambiente, breves períodos de vacación, a ser posible también en un ambiente distinto al habitual). No es que el riesgo de exceso de fatiga vaya aumentando constantemente conforme se avanza en edad, lo que más bien sucede es que existen fases vitales durante las cuales resulta más amenazador y otras en las que lo es menos. Entre aquéllas hay que incluir la segunda mitad del segundo decenio (especialmente entre los 26 y los 28 ños, aproximadamente), además del climaterio, es decir: el período comprendido, para ambos sexos, entre los 45 y los 55, así como los años de pubertad comprendidos entre los 14 y los 16. Esto depende también de que durante dichas fases, y probablemente a causa de procesos fisiológicos, predomina un aumento de la irritabilidad y labilidad emotivas. Los períodos vitales de máxima actividad de rendimientos son el decenio comprendido entre los 16 y los 26 años así como el comprendido entre los 30 y los 40 (hasta los 45) y más adelante, y con frecuencia, el situado entre el principio y el final del sexto decenio.

Los agotamientos crónicos muy acentuados no pueden hacerse desaparecer sino mediante un radical apartamiento de la esfera de actividades que los ha originado, y la mayoría de las veces mediante un alejamiento del habitual ambiente familiar y social. Lo más seguro es tratarlos en un ambiente de sanatorio o casa de reposo. Según las circunstancias, habrá de ser recomendado el cambio de lugar o puesto de trabajo, o, incluso, el de profesión. Ha de prescribirse una severa limitación de las «obligaciones sociales», las cuales, y especialmente en la vida de las grandes capitales, tienen una gran parte de culpa en el origen

del «suménage», por la gran sobrecarga de deberes que traen consigo. La costumbre de beber con exceso, muy habitual durante el pasado siglo (reuniones, banquetes, etc.) quizás haya sido reemplazada en el nuestro por el hábito de fumar excesivamente, el cual se ha extendido de modo muy amplio, sobre todo entre el sexo femenino. Fumar con exceso no perjudica tanto como el alcohol a los riñones, el hígado, el estómago, el intestino, y apenas tampoco a la personalidad intelectual y ética, pero sí, y de manera intensa, al sistema vascular y nervioso, a aquél a través de la esclerosis y a éste por la debilidad irritable. El exceso en la ingestión de café muy cargado coopera a esta acción, así como la costumbre de tomar hinópticos (y en estos últimos tiempos el abuso de aminas sintéticas).

El «método inglés» de distribución de las horas de trabajo ofrece sin duda la ventaja de intercalar un amplio intervalo de relativo reposo (si es que éste no es llenado con un exceso de deportes. diversiones, actividades sociales, etc.) entre el trabajo y el sueño, facilitando con ello la reparación de la fatiga. Por otra parte, existen numerosas naturalezas que no toleran a la larga la prosecución del trabajo a través del mediodía (con el breve descanso que supone el «lunch») cuando es exigido un esfuerzo realmente intenso.

Hay que tener cuidado con la terapéutica o profilaxis por medio de diversiones. Aficiones tales como las de coleccionar o los juegos de sociedad pueden ejercer un efecto beneficioso, pero siempre que no se conviertan en vicios unidos a emociones vibrantes. El muy recomendable ejercicio de partir leña (lo mismo que la gimnasia para sujetos entrados en años) constituye tan sólo una «relajación» en los individuos que no se hallan mentalmente muy agotados. Lo que sí es seguro es que los trabajos físicos pesados no compensan en modo alguno la fatiga procedente de un intenso esfuerzo mental, sino que la aumentan.

Por otra parte, en el partir leña se trata de un ejercicio solitario que permite que se siga «dándoseles vueltas» a las preocupaciones. y con ello la persistencia de los perjudiciales efectos unidos a éstas, en cuanto se ha aprendido a ejecutarlo y se realiza de un modo mecánico. Los paseos deben dosificarse exactamente: durante ellos es fácil excederse en el esfuerzo por acelerar el paso y llegar a determinados puntos, todo lo cual puede originar una cierta inquietud psicomotriz.

41 Entendemos por *geo-psicoma* la totalidad de las reacciones psíquicas al medio ambiente natural, en tanto éste influye sobre el hombre, como tiempo atmosférico y clima, como suelo y paisaje. Mientras que la sensitividad con respecto a la vivencia del paisaje, y por lo que se refiere a medidas terapéuticas, tan solo ocasionalmente puede interesar al psicólogo clínico, y en tanto determinados paisajes (amplias llanuras, montes cortados a pico, valles muy encerrados, playas) son mal tolerados en ciertos estados y padecimientos, obrando sobre el paciente de un modo más bien perjudicial, y aun cuando las influencias emanadas del suelo pueden estimarse todavía como «terra incognita», si bien, posiblemente, ejercen una considerable acción sobre la constitución de tipos, el recambio hormonal, la tolerancia con respecto a un lugar de residencia, el médico escucha frecuentemente quejas acerca de molestias psicofísicas debidas al clima y al tiempo atmosférico. Así, pues, consideraremos a continuación los modos de aparecer el geo-psicoma en razón de su importancia y, por tanto, en orden inverso a como anteriormente hemos enunciado sus causas.

a) No existen *neurosis climáticas* (término nuevo que se ha puesto de moda). Lo que así se denomina no es más que, o bien una sensibilidad a los cambios de tiempo, que en sí es normal y que ha llegado a alcanzar en tales casos un grado notable, o bien el surgir de tal sensibilidad en personas que anteriormente no la presentaban, como signo de una capacidad de resistencia que en general se halla aminorada, y muchas veces, por ejemplo, como síntoma de una enfermedad que comienza: tuberculosis, carcinosis, nefrosis, gastrosis, coleosis, tireosis, arterioesclerosis, senilidad precoz, anemia, agotamiento nervioso, psiconeurosis, y, también, cuando existen focos de supuración ocultos, diabetes ligera que aun no ha sido descubierta, todo género de anomalías metabólicas. Como signo de enfermedad, la sensibilidad a los cambios de tiempo, no existente con anterioridad, o no tan intensa como en el presente, puede proporcionar importantes indicaciones y no debe ser, por tanto, rechazada y banalizada como «psicógena» o hipocondríaca, o imaginaria.

La sensibilidad constitucional a los cambios de tiempo (y la

sensitividad climática) puede ser signo de constitución deficiente, pero no precisa serlo. A este respecto existen también entre los médicos muchas concepciones erróneas. Sentir y presentir los cambios de tiempo, la reacción sensitiva al cambio de clima, son, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico, modos naturales de comportamiento, que precisamente aparecen de modo muy acentuado en la mayoría de los animales que viven en condiciones naturales de libertad. El animal se abandona simplemente a su reacción, brinca molesto o revolotea intranquilo cuando husmea una tormenta, cuando la atmósfera esta cargada, cuando sopla el cálido viento del Sur; no come, o come cosas que no acostumbra, se torna más indiferente o más agresivo. Lo mismo sucede hasta cierto punto en las personalidades primitivas. Aun en la actualidad es considerado un fuerte viento «sirocco» en determinadas regiones del Sur de Europa como una circunstancia atenuante al juzgar actos de violencia, delitos sexuales, o por celos, y como disculpa general por falta de cumplimiento en la realización de un trabajo o en la entrega de labores artesanas.

Muchos animales, y precisamente de gran vitalidad, reaccionan a los cambios bruscos de clima de modo extremadamente vivaz, con rebelión o apatía que puede llegar hasta el rechazo del alimento, el apagamiento de la libido sexual, el apartamiento en un escondrijo donde se dejan morir de hambre, o tambien son una agresividad exaltada. Tan sólo una civilización muy diferenciada (que en los animales se halla representada por vida en condiciones de domesticidad) embota, en parte, la sensibilidad para el tiempo y el clima, por alejamiento de la Naturaleza y vida en un medio artificial, o hace valorar como impropia, en el hombre, la sensibilidad a los cambios de tiempo. Corresponde de hecho al «ethos» vital del hombre activo de Occidente no ceder con facilidad a estas oscilaciones de su estado físico general, y de luchar contra ellas y dominarlas, lo cual no quiere decir que no se trate en ellas de algo «anormal».

Tampoco muchas de las cosas a las que se ha de desacostumbrar a un niño sano para lograr hacer de él un hombre bien educado son en modo alguno «patológicas», sino en gran parte «pri-

mitivamente sanas». Tan sólo se puede hablar de grados anormales de la reacción a los cambios de tiempo allí donde fracase la represión de la misma, donde se paralice verdaderamente la actividad normal por causa de ella y donde el estado general empeore hasta sentirse enfermo el sujeto.

Hasta aquí, lo psicagógicamente justo es explicar al paciente que se queja que se trata de una reacción absolutamente sana, normal, aun cuando de intensidad diversa según los individuos y a la que no hay que conceder ninguna importancia patológica. En múltiples ocasiones habrá que hacer una advertencia acerca del empleo, realizado demasiado a la ligera, de sedantes o de estimulantes. En algunas ciudades situadas en las regiones donde sopla el «Föhn» (como Innsbruck o Zurich) el abuso de los mencionados fármacos se halla lamentablemente muy arraigado. El alcohol obra casi sin excepción de un modo desfavorable, aumenta la reacción, a la cual corresponde precisamente una intolerancia hacia el alcohol. En muchos casos de excesiva sensibilidad a los meteoros puede comprobarse exactamente que dicha intolerancia forma parte del aumento de la irritabilidad frente a todas las exigencias de la vida, y oscilaciones del medio ambiente. Son las gentes de «genus irritabile» (aun cuando no siempre se trate precisamente de «vates») las que se irritan también desmesuradamente ante determinadas situaciones meteorológicas. Intentar curar una «neurosis climática» específica puede afirmarse que es siempre mera charlatanería, y no pocas veces, lo que así se consigue es precisamente empeorarla, al dirigir y fijar sobre ella la atención del sujeto.

b) *Aclimatación*, es decir: adaptación del organismo a un clima extraño, es un concepto sumamente elástico. Lo mismo da a entender la habituación a corto plazo, hasta llegar a la ausencia de molestias, que se verifica durante veraneos, expediciones (alpinas, árticas, tropicales), viajes de turismo, como aquella adaptación mediante la cual consiguen nuevas generaciones vivir y actuar en un clima nuevo sin dar signos de perjuicio vital. Según los casos, puede ser muy diferente la respuesta a la pregunta de si es que alguien (un individuo, una raza o

un pueblo) ha conseguido aclimatarse o de si este o aquel clima ofrece dificultades a la aclimatación. Sin embargo, no debe ser en modo alguno formulada de manera exclusivamente fisiológica. No basta saber que los nietos de los emigrantes viven aún sanos de cuerpo y que siguen reproduciéndose en el nuevo clima; para saber si se hallan aclimatados hay que examinar también su estado psíquico y el de su actividad y rendimientos mentales. Si ha empeorado de modo notable con respecto al de la generación que emigró, si el nivel general ha descendido de modo marcado, no puede hablarse de una aclimatación plenamente lograda, aun cuando existan nuevas generaciones que vegetan allí. Las poblaciones humanas no son mera vegetación o fauna, sino comunidades culturales y deben medirse de acuerdo con la norma valorativa de éstas.

> En este sentido, las poblaciones de origen norteño, en especial las de raza nórdica pura, no son aclimatables más allá del círculo polar y en dirección al Ecuador, y por término medio, entre los trópicos, en las llanuras tropicales. El límite de altitud, por lo que se refiere a la habitabilidad alpina por parte de originarios de las planicies, se halla aproximadamente entre los 2.500 y los 4.000 metros. Las excepciones personales no demuestran nada contra la validez de esta regla.
>
> Por lo que se refiere a la estructura racial, el criterio para valorarla ha de buscarse en la aptitud que dicha raza posea para crear pueblos en un clima extraño, para resistir étnicamente en él sin que surja un descenso apreciable en el nivel espiritual. La aclimatación en su grado más perfecto queda realizada allí donde los pueblos, como tales, continúan existiendo en un nuevo clima, sin perder cuantitativamente sus bienes culturales, mas sí, quizás, con un cambio cualitativo en su cultura.

Para el nórdico, desde luego, no entra en cuestión prácticamente sino el individuo, y a veces, en todo caso, un grupo de población que emigra y se establece en otras tierras. El problema principal que se le plantea es el de aclimatación por cambios de residencia y por motivos de restablecimiento o de curas. Por lo que se refiere a las cuestiones planteadas por la aclimatación al servicio en regiones tropicales, en expediciones pola-

res o en las altas montañas (Himalaya, Andes) debe ser siempre llamado a consejo el especialista; el médico práctico debe guardarse en estos casos de establecer juicios que van más allá de su saber, tanto si son favorables como desfavorables. Mas también el especialista en enfermedades tropicales, en higiene de alta montaña o en cuestiones árticas debería tener en cuenta el aspecto psíquico del problema, que un conocedor como Frithjof NANSEN, encuentra es decisivo: dicho explorador no deseaba compañeros de expedición muy jóvenes, a pesar de su mayor elasticidad, puramente física, y afirmaba que los hombres maduros, de más de treinta años, son más dignos de confianza por lo que se refiere a soportar calamidades, desilusiones y una convivencia demasiado estrecha en un campamento polar. Aquí se ve cuan importante puede ser la psicología de las edades vitales.

Según J. GROBER, las mujeres, a pesar de ciertas debilidades puramente físicas, relacionadas sobre todo con su vida genital, se han mostrado como psicológicamente menos lábiles frente al clima de los trópicos y como más equilibradas e, incluso, muchas veces, como más enérgicas para aguantar contrariedades y desmoralizaciones. El médico, aun sin ser especialista en enfermedades tropicales, no está de más que sepa que la célebre «furia de los trópicos» no es una psicosis climática «sui géneris», sino que se trata de estados de agitación que surgen causalmente de una mezcla de factores absolutamente heterogéneos, de una forma de vida inadecuada y sobre todo del hábito de ingerir alcohol (todo tiempo bochornoso, caluroso, disminuye la tolerancia al alcohol), así como de momentos social-psicológicos, como son el sentimiento de dominio sobre los primitivos indígenas, el desacostumbrado privilegio de poder castigar y otros atributos análogos, que precisamente cuando se trata de sujetos no maduros, pueden conducir a actos de violencia. Muchas cuestiones se hallan aún sin explicar, por ejemplo, la referente al efecto del trabajo físico; el ocio, que antes se creía obligado para el europeo a causa del clima, no pocas veces tiene quizás la culpa de las evoluciones del carácter, de índole negativa, que se observan en los trópicos.

Por lo que se refiere a las prescripciones de cambio de clima con fines de restablecimiento, que son las más importantes desde el punto de vista de la práctica cotidiana, hay que tener en cuenta las sorprendentes reacciones tardías que surgen después de una euforia inicial, y, en relación con ellas, la relativa intensidad de estimulación de un clima no habitual. Esta última depende tan sólo mínimamente de aquella propiedad a la que antes se hacía por completo responsable de ello, es decir: de la presión atmosférica. Hasta altitudes bastante considerables (1.500 a 2.000 metros) son en general asombrosamente bien toleradas las disminuciones de presión, incluso por parte de enfermos vasculares (para los cuales, y al parecer, deberían ser fatales) siempre que no se pase a ellas de un modo brusco, sino escalonado y (lo cual es más importante) siempre que se abandonen de modo también escalonado. Es decir: deben intercalarse períodos de transición (con frecuencia bastan de veinticuatro a cuarenta y ocho horas para cada etapa). Así, por ejemplo, para pasar de la Engadina (Suiza) a la llanura nortealemamana se realizarán a 1.200 y a 500 metros aproximadamente, siendo más necesario el hacerlas a la vuelta, que a la ida.

Más perjudicial es la exposición a un viento demasiado movido (por ejemplo, en las playas del mar del Norte) o al sol y durante demasiado tiempo, o las marchas excesivas, las escaladas de montes, o los abusos en la frecuencia y duración de los baños de mar, sobre todo si el agua es muy salada y hay mucho oleaje. Después de un bienestar inicial, muy marcado, pero engañoso, surge bien insidiosa, bien súbitamente, el temido psicoma de sobreexcitación que aparece durante las curas de altura, así como en las marítimas y a ciertas horas del día, por ejemplo: de cinco a diez horas después del baño o de la vuelta de la excursión por la montaña. Aparecen entonces quejas hipocondríacas, mal humor, dirigido contra los circunstantes, explosiones de ira; a veces depresión y crisis de llanto; no puede conciliarse el anhelado sueño, o éste se hace cada vez más corto e insuficiente; perdura una vibrante intranquilidad interna, psíquica, pero también motriz. El reposo en cama, exactamente dosificado; las lecturas ligeras y no excitantes, en

lugar de las «distraidas» conversaciones de sociedad, prolongadas durante horas; la protección contra el viento y la luz (sombreros de alas anchas, gafas contra el sol, estancia a la sombra, baños de sol muy escasos o suprimidos) contribuyen la mayoría de las veces a restablecer en breve plazo el equilibrio psicofísico.

Existen desde luego muchas personas, y especialmente muchos enfermos, para los que la playa, la alta montaña y la cubierta del barco son, en general, demasiado excitantes para poder obrar en el sentido de un restablecimiento y para los que es mucho más beneficiosa y restauradora la estancia a una altitud media (300 a 800 metros) con un paisaje de colinas boscosas, una hermosa vista sobre el valle de un río y nada de «atracción de las cumbres». Las comarcas de colinas en las estribaciones de los Alpes y nuestras cordilleras de altitud media en Alemania, las verdes lomas de la Alemania occidental, junto al Rin, las llanuras y albuferas del Norte de Alemania son encantadores lugares muy adecuados para estancias de este tipo, en los que pueden obrar milagros vacaciones breves, de cinco a diez días, repetidas de dos a tres veces durante el año, las cuales obran relajando de las múltiples tensiones de la vida cotidiana. En general, puede decirse que los pacientes que viven en un clima muy regular (Alemania del Noroeste, Alto Rin) exigen inconscientemente un clima más estimulante (a la orilla del mar, en la montaña, clima continental), y viceversa. El berlinés, que viene de la excitante atmósfera de su ciudad, ha de encontrarse psíquicamente mejor en una blanda comarca de colinas, que en la Engadina o en la meseta bávara, que son también de clima asaz estimulante. En cambio, para el habitante de Stuttgart o de Colonia, dichas comarcas constituyen un lugar ideal de vacaciones. Pero también en estos casos ha de tenerse en cuenta que han de evitarse los cambios bruscos y rudos y que la mayoría de las veces es más beneficioso un contraste más blando y suave. Con respecto a las curas climáticas rige también, en un sentido psicológico, lo que los médicos viejos afirmaban de todas las curas balnearias: que eran un «regalo de Navidad», es decir: que su acción decididamente

beneficiosa se manifiesta sobre todo como una reacción tardía de índole favorable. Cabe esperar del médico que sepa de antemano cómo ha de resultar dicho «regalo de Navidad» y que establezca según ello su consejo.

c) Acerca de los efectos inmediatos emanados del suelo puede decirse que no sabemos nada cierto, y el conocimiento acerca del asunto se halla en sus comienzos. Hay ciertos indicios de que existen y de que en parte dependen de las emanaciones radiactivas del terreno. En este sector del saber médico es fácil el desarrollo de una especie de pseudociencia, de creencias mágicas disfrazadas, de las que procurará librarse el médico avisado.

d) La impresión psíquica que ejerce el paisaje posee un elevado valor curativo en ocasiones decisivo, y debería ser tenida mucho más en consideración y más aprovechada de lo que por ahora se acostumbra. Los individuos subdepresivos soportan tan mal los paisajes muy encerrados y sombríos, como las amplias, uniformes y melancólicas planicies. Se animan más con los variados aspectos que ofrecen los terrenos montuosos no muy elevados, con la tranquila belleza de las colinas. Los sujetos marcadamente «motóricos» corren el riesgo, si van a la montaña, de ceder al impulso de abusar de las excursiones. Los lagos, el Báltico, el Mediterráneo (este último ofrece menos estímulos para verificar marchas prolongadas por sus riberas, a causa de la temperatura) son más adecuados para ellos, pero debe prevenírseles acerca de la conveniencia de que no tomen baños demasiado prolongados ni frecuentes, y en especial, del abuso de la natación. Los paseos en coche de caballos ejercen muchas veces un efecto maravillosamente apaciguador y sedante, así como en ocasiones puede obrar del mismo modo un largo y cómodo viaje en ferrocarril. Esto es comprensible, ya que estos modos de viajar satisfacen la necesidad de movimiento del motórico, sin que para ello tenga que utilizar su propia actividad psicomotriz.

Aquellos sujetos en los que predomina la esfera óptica, de vivencias muy intensivas, se fatigan psíquicamente con facili-
 dad ante los paisajes demasiado grandiosos, de formas fantás-

ticas y muy variadas (como son los Dolomitas) y son más recomendables para ellos los escenarios más sencillos. Los célebres «cuartos con vistas», con tanto interés encargados y reservados en los hoteles, son con frecuencia de un efecto muy discutible por lo que se refiere a su efecto reposante: la vista y el ánimo se fatigan al contemplar durante horas enteras el mismo panorama. Alguien me refería en cierta ocasión que había acabado por aborrecer el macizo del Matterhorn a fuerza de tanto contemplarlo durante unas vacaciones. Las vistas sobre un verde paisaje que no sea tan reiteradamente grandioso ejercen muchas veces un efecto más beneficioso. Por ello son preferibles las playas situadas en comarcas que por sus condiciones naturales animan a no permanecer todo el día junto al mar, sino a visitar también los paisajes de tierra adentro.

Los hoteles situados en cumbres montañosas deben ser evitados, por idénticos motivos, por aquellos enfermos que buscan reposo sin monotonía (aparte de la aglomeración y movimiento que suele haber en ellos y de la intranquilidad que ello trae consigo). El médico debe prohibir categóricamente a los pacientes que proceden de grandes urbes la estancia en balnearios en que haya demasiado movimiento (bares, reuniones, bailes, etc.). En cambio, para el paciente que habita de un modo habitual en el campo o en pequeñas ciudades, una estancia no demasiado prolongada en la gran ciudad, con su animada vida callejera, sus teatros, museos, exposiciones, etc., puede constituir un auténtico descanso y proporcionarle los estímulos psíquicos de que casi siempre carece en su residencia habitual, apartándole al mismo tiempo, beneficiosamente, de sus tareas profesionales cotidianas. Tan sólo de una manera individual es posible afirmar si es preferible enviar siempre a los clientes al mismo sitio, donde han de encontrar todo «preparado» y donde se han de hallar como en su propia casa, o si es mejor, por el contrario, mandarles cada año a lugar distinto. Hacer lo primero implica el riesgo de convertir la cura en algo demasiado habitual y monótono, que no baste para hacer desaparecer las preocupaciones de la vida cotidiana.

Nuestra época (y aproximadamente a partir de fines del pa-

sado siglo) ha incurrido en una excesiva sed de estimulantes. De esto depende que ciertas curas, que habrían de ser de reposo, no tengan sino un éxito muy poco duradero, ya que durante ellas el paciente está sometido a un exceso de estímulos. Quizás el general empobrecimiento de nuestro pueblo traiga consigo cierta ventaja: el que las gentes vuelvan a hacer sus vacaciones y curas de reposo como nuestros antepasados, esto es: no demasiado lejos de su residencia habitual. Esto constituiría, también en el sentido de la psicología clínica, el medio curativo que sabría apreciar y utilizar el elevado y seguro valor terapéutico y profiláctico de unas condiciones naturales y geográficas bien dosificadas. Probablemente, nuestro sencillo paisaje alemán y el clima que le es propio proporcionaría a muchos enfermos y convalecientes un geo-psicoma óptimo, que también serviría ampliamente para las finalidades y planes puramente fisioterapéuticos del cambio de ambiente, alcanzando así una mayor preferencia que la que hasta ahora ha tenido.

42 El beber y el comer van unidos en la especie humana al arte de preparar los alimentos. El fuego ha sido empleado para ello desde muy tempranas épocas, y su uso corresponde a una fundamental diferencia de vida con respecto a la del animal. Así, aquellos que preconizan la exclusiva ingestión de viandas crudas (con excepción de algunos casos en que lo recomienda el médico) suponen una auténtica regresión a modos de existencia animal, los cuales han sido superados por el modo de vida propio del hombre, el cual se ha elevado así del puesto de «hominido» al de «humánido».

Hoy en día es consultado el médico, con mayor frecuencia que antes, acerca de la mejor reglamentación del régimen alimenticio, con el fin de prevenir enfermedades, es decir: con fines profilácticos. Nuestro siglo ha supuesto en esta cuestión un fundamental cambio con respecto a la anterior centuria. Ya no nos es posible comprender cómo les podía ir bien a tantas gentes de entonces, por ejemplo, de la época entre 1860 y 1890, con su «embonpoint» prematuro, sus superabundantes al-

muerzos y banquetes, sus excesos en la bebida. Aquellas malas costumbres se hallaban profundamente arraigadas, sobre todo, en las profesiones intelectuales. Pero tampoco faltaban (principalmente en su aspecto potatorio) entre la gente modesta: artesanos, tenderos, empleados subalternos, y también obreros consumían muchas más bebidas alcohólicas de las que habrían sido convenientes para la buena marcha de su salud, y al parecer lo estimaban necesario para su bienestar. Muchos sujetos pertenecientes a las clases acomodadas, pero también gentes modestas, vieron entonces acortarse su vida; las primeras, por una obesidad precoz, a consecuencia de un comer y un beber demasiado abundantes; y las segundas por beber más cerveza de la que les convenía (en Alemania occidental prevalecía en esto el consumo de vino).

Aparte de las dietas específicas en determinadas enfermedades (acerca de las cuales no hemos de tratar aquí), la alimentación que mejor se tolera, por lo general, es aquella racionalmente variada. El vegetarianismo, como principio, carece de premisas antropológicas firmes. Cubrir las necesidades del organismo humano a base exclusivamente de vegetales, exige la ingestión de enormes cantidades de verduras, frutas, ensaladas. El presunto apagamiento de los instintos brutales mediante la exclusiva alimentación vegetariana es una leyenda de tipo «magético». Los vegetarianos Hitler y Mussolini son ejemplos bien patentes del «dulcificador» efecto de la renuncia a comer carne. Por otra parte, el habitante de países nórdicos no puede prescindir de calorías en su equilibrio metabólico, dadas las necesidades impuestas por el clima, como le es factible al que habita en latitudes más cálidas. Y, por último, el trabajador intelectual precisa de las albúminas animales, al menos mediante aportación de huevos y productos lácteos, pero de modo mucho más cómodo mediante cantidades moderadas de carne, y posiblemente también de grasas animales. Al parecer, la mantequilla no puede ser sustituida, en algunos de sus aspectos alimenticios, por grasas vegetales. El vegetarianismo, si es que logra satisfacer el apetito, lo hace mediante excesos en la ingestión de amiláceos, farináceos, dulces. La tesis que defiende la exis-

tencia de un psicoma vegetariano, especialmente favorecedor del poder de creación y de una moral ideal, se halla casi a la misma altura que la creencia de los comedores de «peyotl», de Oklahoma, los cuales creen que ingiriendo esta droga, que contiene mascalina, se liberan de todos sus pecados. Naturalmente, también puede incurrirse en exageraciones en cuanto a la ingestión de carne; no es para nadie necesario tomar alimentos de origen animal en todas las comidas.

La distribución conveniente o inconveniente de las comidas influye grandemente sobre el bienestar psíquico. El punto óptimo oscila extraordinariamente según los individuos. No pocos sujetos se encuentran tanto mejor y rinden tanto más cuando comen con frecuencia y en pequeñas cantidades cada vez. En los psicasténicos, neuróticos digestivos, sensitivos con síndrome gastrocardial (opresión precordial, anomalías del pulso, en especial extrasístoles por ascenso del diafragma cuando está el estómago repleto) tomar alimentos cada dos horas en pequeñas cantidades, y sin que haya necesidad de alterar la composición cualitativa de las comidas, puede suprimir radicalmente los síntomas. SCHWENINGER curó a gentes que apenas comían otra cosa que no fuesen purés y carne de gallina o de paloma, y a quienes cada vez les iba peor con esta dieta «blanda», mediante un régimen en el que se les toleraban las cosas más pesadas: por la mañana, a las siete, un arenque en escabeche; a las nueve una rebanada de pan negro con una rajita de tocino; a las once, un platito de sopa de guisantes. Otros sujetos se encuentran mejor cuando no comen más que tres veces al día, pero abundantemente. Nuestro primer desayuno alemán, con café y panecillos, es insuficiente e inadecuado y, en especial, en todos aquellos casos en que se trabaja de un modo constante, debería ser mejorado añadiendo sustancias más nutritivas (sopa de avena, sémola, harinas, etc.), con pan abundante. Cenar tarde dificulta el sueño y es mal tolerado por las personas de cierta edad (de más de cincuenta años). La cuestión referente a si ha de hacerse la comida principal al mediodía o en las primeras horas de la noche es cuestión de costumbre, que varía según los diversos países. En caso de que sea la cena la principal comida,

deberia dejarse entre ella y el momento de irse a la cama, por lo menos, un lapso de tres horas.

Comer y beber en gran cantidad es innecesario y con frecuencia perjudicial, y más, precisamente, si se bebe agua helada. Difícilmente perjudicarán las pequeñas dosis de vino (uno o, a lo sumo, dos vasos de vino) en las principales comidas, y para las personas ancianas constituye muchas veces una necesidad cuya satisfacción pone de mejor humor, facilitando en muchos casos la digestión de alimentos pesados. Pero bajo ningún pretexto se tomará aguardiente, que perjudica igualmente a la mucosa gástrica, a la función renal y al sistema nervioso. La cerveza produce fatiga (debido a sus componentes de lúpulo) y deberia reservarse como bebida exclusivamente nocturna. Desde el punto de vista de la edad, rige una regla distinta para los jóvenes que para los viejos. En los primeros (entre los veinte y los treinta y cinco), un exceso ocasional de alcohol no tiene importancia (aparte de la consecutiva «resaca»), pero no debe desaconsejárseles el hábito de tomar alcohol a diario, incluso en pequeñas dosis, ya que ello conduciría, como sucede con todos los vicios, a un constante aumento de la cantidad.

Por el contrario, más allá de los cincuenta, no se compensan tan fácilmente los excesos, y casi siempre tienen como consecuencia molestias que se prolongan durante días, y muchas veces durante semanas enteras; sin embargo, el consumo moderado y cotidiano de alcohol tiene mucha menos importancia, siempre que se conserve dentro de ciertos límites. Nada hay que objetar al consumo de infusiones no muy cargadas de té o de café, una o dos tazas un par de veces al día; pero si hay que prevenir acerca de la repetida ingestión de infusiones fuertes: conducen al psicoma de hipervigilia, que encubre las sanas señales de fatiga del organismo y con ello facilita la fatiga crónica. Precisamente las personas que trabajan intelectualmente, deberían guardarse de la habituación a un noético artificial tan intenso y reservado para casos especiales en que sea verdaderamente necesario: el cafeinismo puede preparar el terreno al pervitinismo.

En la higiene de la comida y de la bebida, el cambio de modas médicas juega lamentablemente un papel de especial importancia. A esto deberían oponerse decididamente la psicología clínica y el médico práctico en ésta. Es increíble la cantidad de cosas que se han alabado como sanas, recomendables, y que, incluso, se han preconizado como necesarias. Hoy nos encontramos bajo el signo de una auténtica «vitaminomanía», que ha fomentado ya una amplia «vitaminohipocondría», no sin culpa por parte de los médicos.

Un profesor de Dermatología vió en 1942, en un hospital de campaña cercano a la frontera occidental, soldados que ingresaban con el diagnóstico de avitaminosis establecido por jóvenes médicos de unidades y en los cuales el reconocimiento no dió sino una sarna vulgar y corriente. Hoy en día se tropieza uno con profanos cultos que están más enterados del *abc* vitamínico que la mayoría de los médicos (y que consideran todo alimento, desconfiadamente, desde este punto de vista).

Recuerdo de mis tiempos escolares que la carne de carnero estuvo una temporada de moda, gracias a la propaganda realizada en «magazines» de familia muy difundidos; se creía que proporcionaba elementos decisivos para el sistema nervioso y que era una verdadera panacea para niños de desarrollo o escolaridad retrasada o que tenían dificultades al comienzo de la pubertad. ¡Cuántos niños fueron obligados, incluso a fuerza de golpes, a comer mucha carne de carnero! (para la cual, sobre todo si era grasa, sentían una repugnancia instintiva). Se les cebaba con ella como si fueran aves de corral. Después vino la moda del pescado: el pescado de mar contiene iodo y fósforo, y, según creo, fué Jakob Moleschott el que lanzó la máxima materialista «sin fósforo no hay pensamiento», lo cual era creído con tanta mayor facilidad por las gentes, dada la cualidad «luminosa» del fósforo. Se opinó que los platos preparados a base de pescado, que proporcionarían fósforo, aumentarían las dotes en general, la aplicación, la atención, los rendimientos escolares.

El comer alimentos crudos; la poco apetitosa costumbre de masticar demasiado; la máxima de beber un solo trago durante la comida (ya que la comida misma contendría bastante agua); la proscripción de la sal (primero, por el peligro de intoxicación; luego, porque dañaba la función sanguínea); la entusiástica preconización de ciertas vísceras, como el hígado (incluso por parte de personas que antes lo despreciaban como alimento propio de gente pobre), y, por último, el pan integral, han tenido sus temporadas en que han estado de moda, que

pasaron tan rápidamente como se introdujeron y que hoy en día han sido en su mayor parte olvidadas. Y todas ellas iban acompañadas por una propaganda acerca de los ventajosos efectos psíquicos que les eran atribuídos. Naturalmente, esta propaganda era muchas veces de índole industrial y especulaba con la credulidad de neurasténicos, psicasténicos, sujetos agotados, depresivos, hipocondríacos y débiles mentales de toda clase.

No es tampoco muy conveniente para el equilibrio psíquico del adulto sano o lábil comprobar con demasiada frecuencia las oscilaciones de su peso corporal; la «manía de pesarse» es tan sólo, las más de las veces, una hipocondría oculta. Entre los treinta y los sesenta años el peso no debería cambiar mucho, es decir: no subir ni bajar más allá de una décima parte del peso normal. Mas, ¿cuál es éste? La tan difundida fórmula de que en los adultos debe constar de tantos kilos como centímetros excede su estatura al metro, es decir, por ejemplo: setenta kilogramos para un metro setenta de altura, no es sostenible de este modo tan esquemático, y la relación entre el crecimiento en estatura y en masa no es constante para todos los adultos, sino que depende más bien de las constituciones: el «eurysomo» o pícnico puede pesar más que el leptosomo de la misma estatura, e incluso debe pesar algo más para que goce de bienestar general y buena salud. La mencionada proporción no rige en realidad sino entre los veinte y los treinta, después, y frecuentemente ya a partir de los veinticinco, la masa corporal va creciendo de modo constante, hasta la involución, aun cuando si se trata de sujetos sanos lo hace de un modo imperceptible. Al sujeto de cuarenta años, aun cuando no muestre un volumen corporal excesivo, es sabido que no le vienen ya los trajes (especialmente las prendas de uniforme ajustadas), los cuellos, incluso los zapatos, y a veces los sombreros que usaba a los veinte años, ya que se ha vuelto más robusto.

Los que son originariamente leptosomáticos reaccionan al engrosamiento; los que son originariamente pícnicos, al adelgazamiento; habitualmente de un modo desfavorable, precisamente desde un punto de vista psíquico por lo que se refiere al estado de ánimo, afectividad, humor básico vital, agilidad men-

tal y capacidad de rendimiento. El sujeto de constitución delgada, que engorda más de lo debido, se torna perezoso, flemático, apático, se adapta de peor gana a las circunstancias exteriores; el de constitución gruesa, que adelgaza demasiado, se vuelve irritable, malhumorado, inquieto. Los «gigosomos» (atléticos) deben permanecer en general corpulentos (con nuca rolliza, manos carnosas, etc.) para estar en forma y sentirse a sí mismos interiormente equilibrados. Si la obesidad comienza a hacerse indudable, debe comenzarse recomendando una cuidadosa sobriedad (pero que deberá ser exactamente prescrita por el médico: el consejo de «no comer demasiado» no sirve para nada). Deben advertirse estrictamente los riesgos que implican las curas de adelgazamiento propiamente dichas, y en especial las realizadas con preparados a base de sales, los excesivos enemas o el abuso del aceite de ricino. Si no van acompañadas por un régimen general (como el que ofrecen los balnearios: Karlsbad, Marienbad, Kissingen, Mergentheim, etc.) y si se realizan durante meses, mientras se prosiguen las actividades profesionales cotidianas, pueden conducir de pronto a intensos «agotamientos nerviosos», a colapsos en los rendimientos, que a veces son difícilmente reparables. Deberán ser limitadas a un mínimo la cerveza, así como las cantidades considerables de vino. Resulta increíble en qué grado puede contribuir el alcohol al acúmulo de grasa, especialmente en muchas constituciones pícnicas.

Cuando se trata de un exceso de adelgazamiento, lo que asimismo interesa primeramente desde el punto de vista de la conservación del equilibrio psicofísico (o del restablecimiento del mismo), es una cuidadosa sobrealimentación, que es preferible realizar a base de pequeñas comidas frecuentes y espaciadas y reposo incondicional después de las comidas principales. Los preparados arsenicales tan sólo han de permitirse cuando existan considerables trastornos nerviosos y deberán ser administrados durante limitados periodos de tiempo (un par de veces al día, durante seis semanas, a lo sumo, ascendiendo y disminuyendo gradualmente y descansando luego otras seis). Los preparados de tiroides empleados como medio para

adelgazar deben ser categóricamente proscritos. En múltiples ocasiones resulta de utilidad la ingestión de cerveza rica en malta, pero debe limitarse su consumo a medio litro diario, como máximo. Especialmente en los años de madurez puede utilizarse el vino de Burdeos: un octavo de litro en cada una de las principales comidas, y en todo caso un cuarto de litro por la noche. En muchos sujetos con inquietud motriz y labilidad vegetativa, en especial en los que son esplacnolábiles, puede ejercer un efecto asombrosamente sedante, cuya causa específica reside probablemente en la sustancia que da su color al pellejo de la uva. La acción sobre los esfínteres, así como el efecto antiespasmódico, es en ocasiones tan notable que, por ejemplo, existen prostáticos que en cuanto toman medio litro de cerveza o media botella de vino blanco sienten cada dos minutos ganas de evacuar la vejiga, mientras que pueden consumir una botella entera de Burdeos sin que su vejiga se resienta.

La estampa que ofrece el cuerpo desnudo del sujeto es en muchas ocasiones, y para valorar un exceso o un defecto en el peso, un dato de más confianza para el médico que los datos numéricos acerca de aquél o la mera inspección de una fisonomía que se ha vuelto fofa o, por el contrario, arrugada. En un asténico muy marcado deberán poder «contarse las costillas», pero en ningún caso en un pícnico. Este último, en cambio, tolera mejor que aquél un poco de «barriga», siempre que ésta se mantenga tensa y no caída. Por lo que se refiere al psicoma, éste es más de fiar, más constante, en los defectos que en los excesos de peso. En el que adelgaza se manifiesta la mayoría de las veces por irritabilidad, fatigabilidad, depresión, apocamiento, labilidad psíquica. En el obeso, por el contrario, la sensación de subjetivo bienestar perdura muchas veces hasta los grados de obesidad muy marcados, en especial en los que son originariamente pícnicos. El humor plácido y bonachón de la obesidad puede constituir un estado psíquico muy engañoso, tras el cual acechen ya los peligros objetivamente fisiopatológicos. El médico avisado no debe dejarse engañar por aquél, incluso cuando el paciente se tranquiliza a sí mismo verificando todos los años, durante el verano, una cura de aguas.

En realidad, el hombre no es lo que come, como afirma la antropología materialista de FEUERBACH; pero su humor vital y la capacidad de creación de su espíritu dependen fundamentalmente de sus habitos, más o menos ordenados, de comida y bebida. Los románticos de la fisiología preconizan un retorno a las costumbres medievales de ayuno. En primer lugar, en aquella época había muchos presuntos ayunadores que no lo pasaban tan mal por lo que al comer se refería, y que a fuerza de «ayunos» desarrollaban respetables vientres.

En segundo lugar, la tensión creada por la moderna vida profesional no tolera, ni mucho menos, tales restricciones en el aporte de energías. Y en último término, unos hábitos racionales de alimentación dan mucho mejor resultado que las ocasionales privaciones seguidas más tarde por un retorno a los abusos y excesos anteriores. El hombre del siglo XX, sometido a fuerte tensión, precisa más bien de regulaciones cualitativas, que cuantitativas; las necesidades del trabajador manual pueden calcularse en calorías, pero para el trabajador intelectual, para el que crea intelectualmente, interesa más el aporte de determinadas sustancias (naturalmente, con la suficiente cantidad de unidades energéticas), de las cuales precisa el tejido nervioso. No podrá alcanzar el máximo de sus rendimientos, tanto subjetiva como objetivamente, si no ingiere una cantidad suficiente de alimentos de origen animal (carne y huevos en primer lugar), convenientemente equilibrada con vegetales (legumbres frescas, sobre todo).

La cuestión no estriba tanto en dar a todo trabajador que se ocupa de tareas pesadas la misma ración, sino en proporcionar a cada cual lo que le corresponde (1).

43 Los psicomas sociales y colectivos, es decir: aquellas situaciones y estados psíquicos determinados por la convivencia con otras personas, ocupan hoy en día al médico

(1) A este respecto es de gran interés el reciente libro de FLEISCH, DEMOLE y PETITPIERRE titulado «Dietética y Dietoterápia», que constituye la más moderna aportación científica y práctica a los problemas aludidos por HELLPACH en las líneas que preceden. (N. DEL T.)

en grado mayor que antes, ya que cada vez se adopta una mayor actitud crítica frente a un número creciente de personas, y, por tanto, no se toman tan fatalista y naturalmente como sucedía antaño los sacrificios, las molestias y las dificultades. Ello es también en parte debido a que la convivencia en espacios mucho más reducidos revela y hace sentir más agudamente facetas de la vida cotidiana que antes, cuando la población era menos densa, pasaban más desapercibidas.

a) Aun cuando las orientaciones psicoanalíticas exageran frecuentemente el psicoma de matrimonio y en ocasiones influyen sobre las declaraciones del interesado, haciéndolas perder espontaneidad, no cabe duda alguna que desde el último tercio del Siglo XIX nos hallamos ante una crisis acentuada que afecta a la existencia y a los valores mismos, no solamente del matrimonio «burgués», sino del matrimonio tal como es concebido en Occidente. Dicha crisis ha constituido el tema principal de una gran parte de la literatura. No es que existan problemas matrimoniales, es que el matrimonio mismo se ha convertido en problema en tanto que institución de carácter general, no en tanto que acto singular. Todas las conocidas circunstancias: facilidad de divorcio, separación por mutuo acuerdo, matrimonio de prueba (ya discutido en las «Afinidades electivas», de GOETHE, parte I, cap. IX y X), etc., constituyen tan sólo la expresión de la problemática en que se debate la institución matrimonial. La antigua aceptación de desilusiones y desengaños se ha transformado en un inquieto interrogar, defenderse, rebelarse contra el vínculo como tal vínculo.

En relación con ello ha comenzado a vacilar el deber de fidelidad y, finalmente, el imperativo de virginidad preconyugal por parte de la mujer. Se trata de hecho, no tanto de una crisis sexual, es decir, una crisis del instinto (como la que han querido describir algunas literatas, solteras, desde luego) como de una crisis moral del matrimonio, es decir: la doncellez de la mujer que se va a casar, la disposición de la misma a la maternidad ilimitada, la aceptación como algo lógico y natural del vínculo conyugal para toda la vida, todas estas tradicionales virtudes burguesas, se hallan destruidas o en vías de destruc-

ción, mas lo que ha de sustituirlas aparece aún como muy vago e impreciso, resulta todavía muy confuso. Es decir: se trata de una crisis que afecta a la virtud. Por otra parte, en las clases obreras, el matrimonio ofrece una innegable tendencia al aburguesamiento, pero conserva aún muchos de sus inconvenientes originales: matrimonio demasiado temprano, a causa de maternidad preconyugal, y, por tanto, excesiva juventud de los cónyuges; pronta miseria económica, y, como consecuencia de todo ello, hastío mutuo, discordia e, incluso, actos de violencia.

Como es de comprender, la mujer resulta psíquicamente más afectada por todos aquellos roces e inseguridades, ya que su existencia íntima gira más exclusivamente que la del hombre en torno al matrimonio. La profesión y la actividad pública constituyen para el hombre ejes vitales de idéntica importancia. Sin embargo, también muchos, muchísimos hombres sufren más gravemente por motivos conyugales que lo que dejan traslucir al exterior, pero, como ya hemos dicho anteriormente al hablar acerca de la anamnesis, son por término medio más reservados, e incluso más reacios y tercos para declarar abiertamente sus problemas sobre este particular y rechazan todo presunto inmiscuirse de terceros en sus asuntos más íntimos, mediante circunloquios, mentiras o incluso secamente. Una técnica analítica realizada con tacto es capaz de vencer estas resistencias en muchos casos. El alma del varón se ablanda entonces hasta llegar quizás a una quejumbrosa emotividad; pero es muy arriesgado poner confianza en los efectos conseguidos. Por otra parte, en aquella reserva entran mucho menos en juego vivencias realmente reprimidas, que vivencias ocultadas, las cuales, aunque mantenidas en secreto, son muy conscientes. Su constante ocultación, su presencia, actúa ya de un modo desmoralizante y agotador, al no poder concluir con los interrogantes y remordimientos, con las preocupaciones y proyectos que a ellas van unidos. Allí donde ambos cónyuges están decididos a guardar las apariencias frente al exterior y a aparentar un matrimonio correcto, sin tacha e incluso «feliz» ante los propios hijos, padres, hermanos, amigos, tales efectos des-

moralizantes aparecen, como es natural, debido a la soledad psíquica.

En la mujer pueden dar fácilmente lugar a manifestaciones histeroides; su organismo se halla más predispuesto que el del varón al despliegue de producciones psicógenas y extravagantes, siempre que aquél no ofrezca rasgos marcadamente feminoides. El hecho de que, por otra parte, ofrezca duros desengaños la soñada «felicidad», incluso en matrimonios «normales», depende de que se exageran las esperanzas en dicha felicidad, la cual ha sido en especial producto del siglo XIX, ya que con anterioridad, el matrimonio, por término medio, era un convenio muy prosaico, en el cual la felicidad era una especie de premio de la lotería. El mismo siglo XIX ha acentuado, por otra parte, la vida en común, la proximidad corporal, la constante presencia mutua de los cónyuges hasta un grado tan forzado que, al menos para el marido, resultaba poco natural y falso, reaccionando por ello con irritabilidad y desvío. Esta situación ha sido agravada por el control de la natalidad, cada vez más extendido a círculos sociales más amplios. La madre con muchos hijos tiene todo su tiempo ocupado, tanto exterior como interiormente y no supone así impedimento alguno para el hombre, para la libertad del marido, el cual puede desarrollar sus actividades profesiones, sociales, sus aficiones, e incluso viajar.

La mujer puede sentir necesidad de consultar al médico (al de familia, al ginecólogo, al neuropsiquíatra) al poco tiempo de haber contraído matrimonio, a causa de las desarmonías sexuales, las cuales se manifiestan bien en forma de secuelas del parto (dilataciones de vulva, desgarros perineales, descensos de la matriz) o de afecciones catarrales ligeras. Esto da lugar a la frigidez del hombre frente a la mujer. El coito se realiza sin amor, como pura satisfacción instintiva o como deber conyugal. La mujer sufre al darse cuenta de que ya no atrae ni satisface, ni hace sexualmente feliz al hombre, sino que le deja frío o incluso le repugna. En especial ante hombres de fuerte instinto en la edad de máxima virilidad y cuando existen escasas probabilidades de curación de los defectos genitales de la mujer, se

le plantean al médico difíciles problemas. Aconsejar al hombre un amor extraconyugal, una «amistad» como hoy disfrazadamente se dice, o el uso de la prostitución, no es muy correcto por parte del médico, aunque sólo sea teniendo en cuenta el peligro de infección venérea. Por otra parte, el decirle: «haga usted lo que le dé la gana», es una solución de pura comodidad, y el hombre que ha acudido al médico en busca de consejo tiene la sensación de que éste no quiere preocuparse de su problema. Lo más adecuado será suprimir o corregir las anomalías genitales de la mujer que han originado la situación, y para ello, lo mejor es recurrir al ginecólogo.

No menos difícil resulta la situación cuando en mujeres que al principio no eran muy ardientes se despierta el erotismo tempestuosamente, después de haber dado a luz varias veces, en ocasiones después de los treinta años, mientras que el erotismo del marido, enfriado por completo después de años de falta de correspondencia por parte de la mujer, o, en general, por oscilaciones de la potencia sexual, no está a la altura de la exaltada libido de la esposa.

Según las circunstancias habrá de comenzarse a practicar una psicoterapia en ambos cónyuges: para tranquilizar a la mujer y para animar al marido. A veces pueden conseguirse en este sentido éxitos por medio de una hipnosis bien administrada. Los métodos analíticos revelan a veces que la mujer ha hecho uso de determinados juegos y variantes sexuales que no corresponden en absoluto a la ruda impulsividad sexual del marido. Nuestra civilización califica, equivocadamente, de perversos a todos los juegos eróticos, que abundan mucho entre las especies animales y entre las sociedades primitivas. Tan sólo es «pervertido» aquél que no encuentra satisfacción sino en sucedáneos de la acción sexual normal y propiamente dicha. La «immissio membri in vagina» no es en modo alguno el más alto goce sexual para muchas mujeres. Por parte de la naturaleza, aquélla se ha desarrollado esencialmente como medio mecánico de lograr la fecundación.

Según las modernas investigaciones, parece ser que la máxima intensidad de la libido femenina, que aparece la mayo-

ría de las veces inmediatamente después de la menstruación, no coincide con la máxima probabilidad de quedar embarazada, la cual, según KNAUS y otros autores, corresponde bastante exactamente, y durante muy pocos días, a la mitad del intervalo entre dos menstruaciones. En general, es la ausencia y apagamiento de la ternura y el cariño lo que hace fracasar sexual y humanamente a la mayoría de los matrimonios. Y aquí reside la culpa principal en el marido, el cual se muestra extremadamente cariñoso durante el noviazgo, para enfriarse brusca o paulatinamente en cuanto logra la absoluta posesión de la mujer. Un cariñoso beso dado a tiempo, una tierna caricia, un abrazo, compensaría a multitud de mujeres de muchos actos sexuales fallidos o decepcionantes. Las advertencias y los consejos del médico pueden hacer mucho bien en este sentido y pueden evitar muchos males.

¿Debe aconsejar el médico el divorcio? Esta constituye una delicada cuestión de conciencia para la ética médica, la más delicada quizás que se le pueda plantear (1). Si se la considera atentamente, es análoga a otra cuestión también de conciencia: la referente a si el médico debe aconsejar el aborto. En el Derecho penal alemán, la respuesta es la siguiente: el aborto se hallará exclusivamente justificado si existe peligro de muerte o peligro muy acentuado para la salud de la madre a causa de la prosecución del embarazo. Pero desde el punto de vista ético-profesional deben ser rechazadas todas las posibles indicaciones «sociales», o mejor dicho, económicas, es decir: la toma en consideración de la situación económica de los progenitores.

Los cálculos acerca de una situación económica privada y de sus posibilidades en caso de aumento de la familia no son de la competencia del médico; éste correría peligro de equivocarse y de que le engañaran si se inmiscuyera en este asunto. Podrían hacerle cambiar de parecer gentes que saben cómo hay que lamentarse. El médico no puede tomar en consideración, desde su punto de vista, la capacidad de ahorro, la situación favorable o desfavorable de los ingresos del padre, la modificación que ha-

(1) Recordamos al lector las categóricas respuestas que a todas estas cuestiones de la Deontología médica católica.—(N. del T.)

bría de sufrir el presupuesto familiar. Una consulta no es (como ya se ha formulado en cierta ocasión) una filial de un instituto para investigar coyunturas económicas. Si así lo creyera el médio, abandonaría el firme terreno de su actuación profesional. El médico debe ocuparse de la salud y la enfermedad, del enfermar y el curar, de la prevención de enfermedades y de la devolución a sus pacientes del vigor y las energías que han perdido. Ampliar las indicaciones sanitarias hasta preconizar el aborto en caso de amenaza para la salud de la embarazada constituiría más bien una cuestión de índole médico-social.

Algo análogo cabe decir con respecto a la actitud del médico frente a la cuestión del divorcio. Tan sólo un auténtico peligro para la salud psíquica o, en todo caso, para la integridad mental de uno de los cónyuges, justifica la intervención del médico en el sentido de preconizar o aconsejar el divorcio. Si la esposa padece psíquicamente hasta aproximarse a lo morboso, a causa de los disgustos, las desarmonías o el enfriamiento de las relaciones conyugales; si el esposo descuida visiblemente sus deberes profesionales o fracasa en ellos debido a idénticas causas, el médico tiene el derecho (según las circunstancias) y el deber (aun cuando en muy raros casos) de proponer la disolución del vínculo conyugal o de apoyar la intención que en este sentido le es comunicada. En toda oportunidad, esta «indicación» puede ampliarse al caso en que, como médico de la familia, vea que los hijos del matrimonio sufren o se apenan profundamente ante las desavenencias de los padres, viéndose así amenazada su salud y su normal desarrollo psíquico.

En ocasiones podría hacer uso de un consejo, al cual no se otorga aún la importancia que tiene: en las crisis matrimoniales graves puede ser conveniente una separación pasajera y no demasiado breve de los esposos. La separación hace ver las cosas de otra manera que la constante convivencia diurna (y nocturna). Cada una de ambas partes interesadas se da entonces cuenta de en qué consiste aquello que echa de menos, y por tanto, de lo que el otro cónyuge le proporcionaba, y así pueden convencerse marido y mujer de que corresponden el uno con el otro. Y en general debe considerarse como labor propia del

médico que este explique a ambos esposos, clara y repetidamente, que de este modo se han separado temporalmente, que las transformaciones corresponden a la esencia de todos los desarrollos orgánicos también si se trata de transformaciones en el amor, en la mutua inclinación, en la vinculación íntima, y que naturalmente se trata de algo distinto en aquello que une a unos novios, a unos recién casados, a unos esposos con niños, a un matrimonio maduro, y por último, a un matrimonio anciano. El matrimonio normal y bien avenido tiene también sus fases, sus edades, por así decir, y es distinto a los 50 años que a los 25.

Los cambios orgánicos físicos se realizan, sin embargo, por regla general, de un modo crítico y las crisis conducen, si bien se mira y se comprende, no a una disolución, sino a una renovación de las relaciones que por ellas son durante algún tiempo afectadas. El hombre psíquicamente sano se transforma en un hombre nuevo después de cada crisis vital por la que atraviesa. Aquel que se suicida con motivo de una de estas crisis, es que no era psíquicamente normal. La función de las crisis conyugales consiste también en liberar al matrimonio de lastre muerto y fundamentarlo sobre una nueva base, no disolverlo. Si ambas partes se dejaran llevar por sus impulsos subjetivos de momento, habría multitud de matrimonios que a los pocos años de casados (de tres a seis) no podrían más de impaciencia y rebeldía en contra de su situación, y se separarían, matrimonios que, una vez superada la crisis, habrían de mostrarse como uniones excelentes, valiosas y auténticamente duraderas. La conciencia del deber, la cual ordena continuar unidos a pesar de desilusiones y desengaños, es un factor elemental y constitutivo del matrimonio monógamo, psíquicamente sano, tal como es propio de la cultura occidental. En este sentido corresponde en absoluto a la misión psicagógica del médico conducir, mediante una rectificación psicológica de los puntos de vista, mediante esclarecimientos, explicaciones, consuelos, a través de períodos de duda, confusión, falta de fe, y también de fugaces caprichos y deseos de cambio, de disminución de la confianza mutua.

Por lo que se refiere a la no menos ardua cuestión de la limitación de la natalidad, el médico hará mejor, sobre todo en

la actualidad, en que este problema es objeto de controversias y discutido en todo el ámbito de nuestra cultura, en colocarse al margen de todo fundamental pro y contra, y de tener exclusivamente en cuenta la preservación de la salud. Ya hemos aconsejado anteriormente esta actitud al tratar de la posición del médico frente a las diversas concepciones del mundo.

La actitud del médico se hallará determinada, por tanto, si se le pregunta acerca de la cuestión, no por el critero de si es en general permisible o aconsejable «racionar» la procreación, o si, por el contrario debe ser rechazado esto último, sino por los efectos que puede tener en el caso concreto, en vista de la conservación de la salud y el bienestar físico de la madre. Si después de meditar bien acerca de la cuestión llega a la consecuencia de que debe prescribirse una suspensión, o al menos una amplia pausa en los embarazos, o que al menos es muy de aconsejar, el método para lograrlo dependerá asimismo de la presente constelación de circunstancias, ya que los esposos tienen también derecho a que el médico que les aconseja en un sentido positivo con respecto a la cuestión, les muestre también el camino que inspire más garantía para lograrlo: preservativos mecánicos, suspensión del comercio sexual, limitación del mismo a aquellos dias en que más improbable sea la fecundación (según el Calendario de KNAUS, mas hay que prevenir acerca de una ciega confianza en esta fijación de fechas). Apenas es preciso que advirtamos que las intervenciones esterilizantes no deben ser recomendadas sino en caso de máximo peligro a causa de una concepción.

En ningún caso deberá ceder el médico a servicios de complacencia basados en fines egoístas; el que unos esposos no quieran tener aún hijos, o no los deseen tener en absoluto, no le importa nada al médico, y la indicación económica (que muchas veces se apoya en la comodidad), se halla aquí fuera de su competencia, al igual que en la cuestión referente al aborto. En casos tales, su negativa no debe referirse tan solo al cumplimiento del deseo en sí, sino también a los métodos para lograr dicho cumplimiento. A la siguiente pregunta (que por cierto no es nada rara): «no queremos tener hijos (o más hijos) ¿cómo

hemos de hacer para ello?», el médico debe responder siempre y en todo caso que aconsejar cómo se ha de hacer para ello no corresponde a su función. En casos tales no cabe pesar el pro y el contra indecisamente: la respuesta será rápida y categórica.

Durante cierto tiempo, muchos médicos eran consultados acerca de la conveniencia de una separación de dormitorios en el matrimonio. Si el médico no prefiere permanecer neutral ante esta pregunta (a lo cual tiene perfecto derecho), y si no es que existen necesidades de orden profiláctico (así, por ejemplo, cuando los ronquidos de uno de los cónyuges impiden, a la larga, que el otro concilie el sueño), nosotros aconsejaríamos al consultante que deseche tal cosa.

Cargar con pequeñas molestias (por ejemplo, ciertos olores durante la menstruación) queda incluído entre los deberes de una unión para toda la vida. Tampoco el marido exhala un olor demasiado agradable para su mujer cuando regresa del bar o el café oliendo a alcohol y a tabaco. La tolerancia es una de las más elementales virtudes correspondientes a una unión duradera. La separación de dormitorios trae consigo, sin embargo, el peligro psíquico de que desaparezcan las más finas modalidades del erotismo (ternura, caricias, etc.), para no quedar sino las más groseras (visita periódica para realizar el acto sexual).

En general, la comunidad de dormitorio, y para esposos que se hallan muy ocupados durante el día (el marido, en su profesión; la mujer, por el hogar y los niños), supone en muchas ocasiones la única ocasión para que ambos charlen de sus cosas íntimas a solas y sin la presencia de terceros (entre los que se cuentan también los hijos), de contarse sus cosas o de leer algo en común. La comodidad de estar echados en la cama facilita y hace más agradable esta comunicación. Los dormitorios separados traen consigo el peligro del alejamiento psíquico entre los esposos. Los motivos que se alegan para tal separación son, si bien se considera, primordialmente egoístas: el marido quiere volver por la noche a la hora que le parezca, sin necesidad de que la mujer se despierte, y la mujer, por su parte, desea leer acostada todo el tiempo que le venga en gana, etc., etc.

La separación de dormitorio, cuando se puso de moda, pasaba por ser, ante todo, cosa propia de la clase social elevada, la cual podía permitirse el lujo por disponer del suficiente espacio dentro del hogar, es decir, se trataba de algo propio de

«grandes señores». Esto es cierto; pero hay que tener en cuenta, desde el punto de vista social-psicológico, que el matrimonio era muchas veces. en dichas clases sociales, pura cuestión de conveniencia, en la cual no jugaba papel alguno la inclinación íntima y que se hallaba puesto predominantemente al servicio del nombre, de la estirpe. Las necesidades sentimentales se satisfacían por otros caminos, mediante amoríos. Entonces bastaba con que el marido, el «señor», que a lo mejor habitaba en otra ala del palacio, o en otro piso, visitase de vez en cuando a su mujer para cumplir sus deberes conyugales y perpetuar la descendencia. Por lo demás, cada uno de los cónyuges prefería hacer vida aparte, sin preocuparse por el otro.

Este tipo de vida conyugal no es, como se comprende. apropiado y ejemplar para la clase media y la clase trabajadora. Sociológicamente, el matrimonio representa en estas últimas una unión para toda la vida, basada en una íntima atracción. Así pues, no está bien que los cónyuges se aíslen el uno del otro durante aquellas horas que en la edad madura son con frecuencia las únicas durante las cuales puede expresarse sin trabas la más profunda confianza entre dos personas.

Tales consideraciones no se hallan exclusivamente determinadas por la actual situación del problema de la vivienda para millones de alemanes, a quienes parecería risible plantear siquiera la cuestión de si el matrimonio ha de dormir en la misma habitación o en habitaciones distintas. La psicología clínica no es una ciencia basada en coyunturas y en situaciones efímeras, así como un nuevo texto de fisiología vegetativa no se limitaría a considerar exclusivamente las cuestiones desde el punto de vista de la actual y deficitaria situación alimenticia.

El estado actual del problema de la vivienda en Alemania es insoportable, y si continuase afectaría a nuestra nación, desde el punto de vista cultural, del modo más nocivo e irreparable. Debe ser superado lo más rápidamente posible. Por otra parte, la necesidad determinada por tan desfavorable estado de cosas hace que los esposos tengan que prepararse por la noche, y cada uno por separado, un lecho provisional en cualquier rincón, es decir: que al fin y al cabo se ven obligados a no poder dormir. juntos.

A medida que vayan restableciéndose las condiciones normales de vivienda, el problema que en estas páginas planteamos se hará sentir de nuevo, e incluso habrá de ser tenido en cuenta con respecto a la reconstrucción y para la distribución de habitaciones en los nuevos edificios. Bien estaría que las gentes de nuestro país no quedasen embotadas e insensibles

para estos problemas por una actitud nihilista frente a la civilización, sino que conservasen ciertos principios, sin los cuales no es posible la cultura.

Tales principios no suponen exigencias frente al mundo, sino frente a nosotros mismos y, como tales, requieren un acopio de nuestras energías para hacer desaparecer las consecuencias de un hundimiento del cual nosotros mismos tenemos la culpa. Se ha convertido en una insensata costumbre rechazar y despreciar la forma de vida burguesa como algo anticuado, mientras que en la realidad social es precisamente el sector más consciente de la clase obrera (aparte de todos sus afanes de renovación del orden social) el que desde hace tiempo, y también exactamente igual ahora, no desea nada tan profundamente como llevar una existencia burguesa desde el punto de vista material, es decir: vivir, vestirse y comer y beber en plan burgués. y disfrutar de la vida, aun en modesta escala, de un modo burgués.

Nada sería tan contraproducente, en efecto, para la salud moral de nuestra nación, como querer convertir en forma ideal de vida para todos la momentánea existencia de trogloditas y vagabundos que tan terriblemente se ven obligadas a soportar tantas personas en la actualidad. Esta modalidad de existencia debe constituir para nosotros, por el contrario, un cuadro de horror, y en modo alguno una aspiración para la totalidad de nuestro pueblo.

Para actuar psicológicamente en el sentido de corregir este estado de cosas, encontrará precisamente el médico ocasión, si es consciente de sus deberes morales con respecto a sus prójimos que sufren y posee los medios correspondientes para obrar. Para esto precisa una nueva consideración de los múltiples deberes que han de corresponder al médico en el futuro.

Algunos pensamientos fundamentales en este sentido han sido expuestos por mí en mi obra *El pensamiento médico*, que en su origen fué el título de una conferencia dada ante médicos de la Cruz Roja, y cuya versión ampliada ha aparecido hace poco en la misma editorial alemana que la presente obra.

La repetición de fórmulas y latiguillos alusivos a la lucha de clases. tales como «concepción burguesa de la vida, que nosotros hemos superado», y otras por el estilo, resultan de mal gusto y estúpidas. Incluso en un régimen socialista vemos como aquellos que luchan seriamente por conseguirlo se esfuerzan por conservar para sí cuanto les es posible del estilo de vida burgués.

Sucede en general lo mismo siempre que se pasa de una épo-

ca histórica a otra. Para la nación francesa es un timbre de gloria haber sabido conservar, a pesar de un revolución de lo más despiadado, aquellos bienes procedentes de la época feudal: la *politesse*, los refinamientos en la conversación, la *courtoisie*, la amabilidad social y la conciencia de una misión civilizadora, transmitidos después de la revolución al «Tercer Estado».

b) El médico tendrá el deber de elevar su voz o imponer su categórico veto contra una sociabilidad mal entendida o exagerada. Muchas «neurastenias» y «nervosismos», muchos agotamientos crónicos y pretendidos «surménages» no tienen en realidad su raíz en sobrecargas profesionales, sino en la acumulación de obligaciones sociales, entre las cuales no se han de contar solamente las invitaciones y fiestas, las cenas y reuniones, sino también la manía de pertenecer a asociaciones (incluso cuando se trata de clubs) y el afán de desempeñar cargos honoríficos en la vida pública. Lo más lamentable es que estas obligaciones, aparte de ocupar los escasos ratos de solaz que deja libres la moderna vida profesional, van unidas a la costumbre de beber, en Alemania más que en cualquier otro pueblo del mundo, costumbre que prosigue en la actualidad, si bien no alcanza el grado que revestía durante el pasado siglo. En ningún otro país se halla tan arraigado el hábito de tratar de negocios, de celebrar acuerdos o conferencias, ya sean de índole mercantil o política o, en general, referentes a la profesión, mientras se come y se bebe, entre banquetes e invitaciones. El «Tercer Reich» contribuyó grandemente a reavivar esta costumbre, que había entrado ya en franca decadencia, siendo cualquier pretexto válido para celebrarlo con copiosas libaciones. Lamentablemente, no hay que confiar mucho en que la necesidad enseñe a ayunar (en este sentido), sino que, por el contrario favorezca el uso y el abuso de los más nocivos espirituosos: de los preparados a base de alcohol metílico y de las mezclas más deletéreas

En general, la sociabilidad ha adoptado la modalidad de «obligaciones sociales ineludibles», ya se trate de la devolución de invitaciones a fiestas entre las clases superiores, o de la «ronda» entre las inferiores. Se encuentran incluso destacadas auto-

ridades clínicas que no se atreven a aconsejar a sus pacientes la renuncia a parte de sus cargos honoríficos o de sus obligaciones sociales. Es precisamente aquí donde resulta más necesario, en muchas ocasiones, un decidido «quod non». El paciente carece muchas veces de valor para librarse por sí mismo de obligaciones, y si lo intenta, cede a los ruegos de aquellos que le asaltan con la súplica de que «permanezca aún por cierto tiempo al frente de su puesto» o de que «no se marche tan pronto», que «espere a dejar su cargo» en vista de este o de aquel otro motivo. Lo más eficaz es que el médico certifique entonces, espontáneamente, que el paciente debe abandonar sin más demora tal obligación.

Es en general sorprendente y lamentable el hecho de que muchos médicos no ofrezcan resistencia alguna a extender certificados de complacencia, mientras que no se les ocurre que existen certificaciones que son verdaderamente necesarias y que deben ser impuestas al paciente como si se tratara de prescripciones que no se debe aguardar a que sean solicitadas, para extenderlas. Deberán ser breves y concisas, pues tan sólo entonces son eficaces en el sentido deseado. No deben ser conjugadas en subjuntivos y potenciales. El tono será categóricamente prohibitivo: «X. debe abandonar su puesto como tesorero de tal asociación, pues en caso contrario corre serio peligro su salud».

Puede suceder asimismo que el médico deba adoptar posición contra el género de relaciones sociales de su paciente, corriendo incluso el peligro de hacerse con ello antipático, al menos de momento. Las tertulias, en especial, las sociedades de caza, los clubs de juego, hacen peligrar considerablemente en múltiples ocasiones la salud y el equilibrio psíquico, ya sea por sobreesfuerzo (como en las partidas de caza), ya por emociones excesivas (juegos de azar), y si no se suprimen, toda neuropsicoterapia y psicoterapia, todo tratamiento del aparato circulatorio y del insomnio, es trabajo de Sísifo.

Es claro que el médico tiene el deber profesional de advertir, cuando se trate de sujetos jóvenes, y según las circunstancias, acerca del trato con determinadas personas y en caso que esto sea inútil, habrá de intervenir enérgicamente siempre que ello

ponga en peligro el equilibrio psíquico. Así habrá de luchar en contra de seductores y seductoras a la masturbación, a la homosexualidad, al uso de la prostitución; mas, también, en ocasiones, al vicio de beber y al de jugar, al trasnochar habitualmente, a la frecuentación de locales dudosos. Sin embargo, el médico debe tener siempre en cuenta que no es un juez de costumbres, ningún pedagogo, ni tampoco un sacerdote. Le corresponde la protección de la salud completa (de la actual y de la futura), mas, sin embargo, debe saber que esta salud completa se ve expuesta a romperse a causa de las emociones psíquicas y por llevar un género de vida equivocado. Y allí donde esto sucede debe intervenir el médico, aun cuando no haya sido consultado para ello, si es que tiene confianza con la familia o en ocasión de que se le consulte por motivo de una enfermedad física.

Las más difíciles de las cuestiones que pueden plantearse en este sentido son las sexuales. La responsabilidad de aconsejar un comercio sexual no conyugal, a causa de onanismo excesivo o de una poco habitual intensidad del impulso, de «prescribir» aquél, por así decir, es extraordinaria, pues más perjudicial que el Scylla de aquellos peligros puede ser el Carybdis de la infección venérea, que en no pocas ocasiones puede suponer la ruina vital del paciente. ¿Debe sin embargo un auténtico terapeuta poseer el valor suficiente para hacer una tal prescripción, ya que el consejo ético-profesional de que el médico no debe recomendar en caso alguno el libre comercio sexual, resulta demasiado pacato? La colisión de deberes dentro de la ética profesional puede aparecer, a veces, como sin solución posible.

En algunos de estos casos no existe de hecho otra terapéutica distinta al coito normal y verificado con regularidad. Si el matrimonio es imposible, lo único que cabe es una práctica sexual extraconyugal, y entonces el deber del médico es el de dar cuantos consejos pueda, con el fin de prevenir la enfermedad. Como es natural, lo preferible sigue siendo aconsejar el matrimonio. Mas en ocasiones no le está permitido al médico este consejo, así por ejemplo, frente a neurópatas, ya que no puede cargar con la responsabilidad que ello supone, aún cuando el caso no resulte tan claro que no pueda oponerse al ma-

trimonio un veto categórico. Y por otra parte, los peligros del comercio sexual extraconyugal no deben ser pintados de tal modo que el miedo ante ellos haga fracasar el ensayo, a causa de impotencia psíquica, pues ello contribuiría precisamente a acobardar por completo al que acudió en busca de consejo y a sumirle en un mar de confusiones.

El sacerdote, el educador, el sociólogo, podrán juzgar de una manera o de otra la mayor libertad preconyugal de los sexos que ha traido consigo el último medio siglo; el médico habrá de comprobar con satisfacción que ha contribuído a facilitar al sujeto que ha alcanzado la madurez sexual una posibilidad de encontrar pareja de su mismo nivel social e intelectual, sin los peligros de un apaciguamiento mercenario del instinto. No pocos de estos amoríos amistosos se han convertido más adelante en excelentes matrimonios, mientras que muchos noviazgos al estilo tradicional han dado por resultado fracasos matrimoniales.

Nada podía ser más contraproducente para la salud popular que el predominio de un hipócrita estado de cosas, según el cual le era exigida a la mujer una castidad absoluta antes del matrimonio y una absoluta ignorancia de las cuestiones sexuales, mientras que el hombre joven era dejado en libertad, e incluso animado, para «ir de juerga», consiguiendo con ello (al menos en las grandes ciudades, en las cuales habita la cuarta parte de la población nacional) que de cada cinco hombres, uno enfermase por contagio venéreo.

c) Aquello que caracteriza a nuestra época desde el punto de vista *social-psicológico* es la masa con su psique colectiva. El que se interprete esto (como SPENGLER) como la agonía de toda forma cultural o como su vértice, o como una pasajera fase crítica ¿qué le importa al médico y a la psicología clínica?

> La época de masas de los siglos XIX y XX posee en parte causas exteriores (técnicas y económicas) y en parte causas internas (espirituales y morales). Las técnico-económicas se hallan hoy bien patentes: transportes, máquinas, fábricas, concentración en grandes urbes, han contribuído a aglomerar más estrechamente a la población; pero la Medicina ha tenido también una considerable contribución en ello. Sus conquistas han hecho

disminuir la mortalidad infantil (y ya anteriormente eran frecuentes los matrimonios de diez o más hijos) y ha hecho aumentar las cifras de población de una manera asombrosa.

En nuestra Edad Media, las grandes ciudades, diezmadas por enfermedades que a veces adoptaban un carácter epidémico, apenas llegaban a los 100.000 habitantes, a pesar de lo prolífica que era la población. Amberes, que alcanzaba tal cifra, pasaba por ser «la capital del mundo»; Colonia, Francfort, Leipzig (los máximos emporios situados en suelo alemán), apenas pasaban de los 35.000.

En el siglo XIX, la profilaxis y la terapéutica de la Medicina oficial han disminuído la mortalidad general desde la primera infancia hasta la ancianidad y han aumentado en un 50 por 100 la duración media de la vida Cuántas personas, a las cuales salva actualmente la vida una operación realizada a tiempo, morían antes de apendicitis, que se diagnosticaba como «inflamación del bajo vientre», «fiebre gástrica», «oclusión intestinal», por no hablar de la viruela (casi desaparecida en la actualidad), de la peste, del cólera, de las diarreas estivales de los recién nacidos, de la fiebre puerperal, etc.

Así, la investigación de la Naturaleza, en sus aplicaciones prácticas, ha ayudado a surgir a nuestra época de masas, y ella misma representa un triunfo de la «Ilustración» con su exaltación y fomento de la Ciencia, con su optimismo racionalista y su criterio humanitario. La misma Ilustración, sin embargo, con su afirmación de la igualdad moral de todos los hombres, ha impulsado poderosamente el despertar de las masas, las cuales vivían sin clara autoconciencia de su condición humana y sus exigencias igualitarias: su individualismo exigió igual consideración para todos los sujetos, idéntica validez de las leyes, la misma ciudadanía y, por último, la misma posibilidad de mejorar de condición social y, en última consecuencia, la igualdad, no solamente política y jurídica, sino también económica. Las masas comienzan a actuar e intervenir de un modo consciente en el escenario mundial.

Esta labor transformadora del espíritu de la Ilustración es la que ha dado el impulso espiritual y moral para hacer surgir una época de masas. También anteriormente, por ejemplo en la Hélade, sucedió de modo análogo; recuérdese la democracia ateniense. No podemos adentrarnos aquí en la consideración acerca de la posibilidad de que aparezcan épocas de masas sin que intervenga la palanca representada por la Ilustración. Recuérdese Roma, Babilonia, Alejandría, toda la civilización mediterránea hasta la aparición del Cristianismo.

El *psicoma colectivo* de la época de masas es la nivelación espiritual. Según la ley de nivelación demostrada experimentalmente por MOEDE, hace disminuir los rendimientos más elevados, hace que se eleven los más inferiores y mejora un poco, por término medio, el rendimiento global. ¿Hasta que punto tiene algo que ver este hecho con la psicología clínica?, ¿por qué ha de importarle al médico, en su calidad de médico?

Eleva la exigencia de cuidados médicos racionalmente establecidos y válidos para todos (Sanidad pública, Seguros de enfermedad), eleva la exigencia de ser tratado cualitativa e individuamente de un modo análogo a como antes lo era el cliente privado (elección libre de médico), fomenta la hipocondría «ilustrada» por medio de lecturas médicas, conferencias, semicultura, y sustituye en masa las toscas supersticiones médicas populares, «ennobleciéndolas» en forma de superstición ilustrada o semiculta. (En lugar de conjuros, «misas», emplastos con telarañas o excrementos de animales, etc., surge la fe en las formas seudocientíficas del curanderismo, del diagnóstico por el iris, curas de agua fría, magnetoterapia), y, por último, lo cual es más importante, nivela, a pesar de toda la pretendida individualización, las exigencias en cuanto a empleo de tiempo, minuciosidad en la exploración, modo de prescribir por lo que respecta al diagnóstico y tratamiento. Cada cual desea ser tratado de modo exactamente análogo a todos los demás. Y si esto significase: de un modo igualmente concienzudo, todo médico con conciencia profesional habría de aprobarlo sin pestañear. Pero la individuación de la anamnesis, de la exploración, del tratamiento y de la profilaxis es una conquista de la Medicina cuya pérdida no se hallaría justificada ni por la más amplia nivelación: ello supondría un auténtico retroceso en el arte de curar.

Entre la asistencia médica distribuida a todos por igual, y el modo diverso de atender a cada cual según las características individuales que presente, debe saber encontrar su camino el médico de nuestra época de masas, que precisamente como tal es una época de más despierta y más reforzada conciencia de la propia individualidad, aun en el más pequeño e insignificante

sujeto inmerso en la masa. Esto constituye la transformación clínico-psicológica del «ethos» médico en nuestro tiempo, frente a un «ethos» anterior con sus antiguas divisiones de clases, con las exigencias propias de cada una de estas divisiones, o con las irresponsabilidades a ellas anejas. Significa aquella dosis de socialismo que todo médico ha de tener en cuenta, ya pertenezca a un partido que se califique como socialista, ya a otro cualquiera, ya a ninguno.

La forma más concreta de existencia de la masa es la gran ciudad. Desde el punto de vista social-psicológico plantea ante el médico de modo esencial otras situaciones distintas a las rurales, a las propias de la villa o la ciudad pequeña. Ofrece otras modalidades, otros ritmos, otros contenidos de existencia como causas de enfermedad o condiciones de la misma, otra estratificación profesional y otras preocupaciones profesionales, por ejemplo: en la gran ciudad, las circunstancias accesorias (así las distancias hasta los lugares de trabajo) requieren un gasto mayor de tiempo y esfuerzo, y por tanto, de energía, mientras que los trabajos puramente físicos (los del campo o los artesanos) pasan en ella a segundo plano ante la importancia que adquieren (en general y en su medio ambiente) las actividades mercantiles, administrativas, organizadoras (como los transportes) y los espirituales.

En el caso del enfermo individual, el médico no podrá la mayoría de las veces cambiar nada con respecto a esas circunstancias, aun cuando desearía aconsejar, o prescribir, más frecuentemente de lo que lo hace, el cambio de vivienda a un barrio más tranquilo o al campo próximo a la ciudad, o la ocupación en trabajos de jardinería o el evitar la vida «nocturna», etc. El «tempo» psíquico, la extraordinaria aceleración de la vida en la gran ciudad frente a la pequeña ciudad y el campo, no está en sus manos suprimirla. Pero como médico públicamente actuante se le ofrece en la labor de saneamiento de la actual urbe gigante, un vasto campo de actividad. En nuestros organismos gubernamentales y administrativos es mucho más raro encontrar médicos eficaces y de prestigio que hace un par de generaciones. Esto sucede tanto en los Depar-

tamentos centrales, como en los municipios. Recuérdese la labor tan benéfica que desplegó VIRCHOW, reconocida por sus mismos adversarios políticos más acérrimos. Los médicos parlamentarios de los últimos decenios eran en su mayoría exclusivamente políticos profesionales, y también en calidad de tales han merecido la gratitud pública, por ejemplo: a causa de su intervención a favor de la libre elección de médico, por encima de todas las limitaciones de la política de partido, pero esto no alcanza el auténtico núcleo de la posibilidad de actuación médica pública.

Debería constituir una ambición para todos los médicos (mejor dicho, debería constituir «de nuevo») que las mejoras e iniciativas sanitarias de toda índole fuesen de su competencia, y no de la de los alcaldes, ingenieros o concejales. La transformación y reforma de la moderna gran ciudad, sobre todo de la ciudad industrial, también desde el punto de vista de la higiene mental, constituyen precisamente una urgente tarea que ha de imponerse una psicología clínica social, una psicología médica y una higiene metal de las masas. Aquí sí que se convierte el médico en médico del pueblo, propiamente dicho. Pero el factor psicológico que supone la confianza en él no podrá conseguirlo sino cuando el médico permanece en su puesto exclusivamente en su calidad de tal, sin apartarse de esta misión que le es propia por ninguna desviación política. «In medicinalibus nihil nisi medicus»: tenga las opiniones políticas que quiera. En el pasado ha habido médicos que se han colocado en situaciones difíciles dentro de sus partidos y fracciones políticas, a causa de mantener esta actitud. Pero el mantenimiento de ésta, a pesar de su dificultad, es deber de conciencia profesional. Alemania no habría caído en la ignominia del envenenamiento espiritual en masa si no hubiese habido médicos dispuestos a ser más nacional-socialistas que médicos, a servir a un partido más que a los enfermos.

Esto es también válido cuando el médico se enfrenta con un enfermo, es decir, cuando aconseja y trata como médico propiamente dicho, y debe limitar o suprimir la actuación del cliente en la vida pública. Ninguna súplica por parte de organismos políticos, gubernamentales o de partido, en la que se alegue la

insustituibilidad del sujeto deberá apartarle de su deber. Unicamente en aquellos casos en que la privación de intervenir en la vida pública repercuta sobre la salud y el estado de ánimo del paciente podrá tener el médico esto en cuenta con respecto al pronóstico y terapéutica, y en vista de ello atenuar la prohibición, pero manteniéndose siempre vigilante sobre la dieta a la que ha sometido comprensivamente al sujeto. En cuanto a la actitud que uno mismo mantiene frente al hombre público discutido, SCHWENINGER nos ha dado, en relación con BISMARCK, un ejemplo de ello, mientras que todo el Colegio de Médicos ofrece un contraejemplo en su actitud con respecto al Kronprinz FEDERICO GUILLERMO en el año 1887. En este caso, a pesar de un diagnóstico exacto, falló desde un principio el enfoque psicológico. Aquí se manifestó evidentemente ante las miradas de todo el mundo, la carencia de psicología clínica en internistas, cirujanos y laringólogos, en una época médica demasiado vinculada a orientaciones materialistas y fisiotropas.

Incluso en la época de masas, la masa misma se halla dispuesta a reconocer un puesto especial al médico auténtico. Mas también en la época de masas, el médico debe saber ganarse dicho puesto gracias a su personalidad y no considerarlo como privilegio de clase. La época de masas no reconocería este último. Lo otorga, sin embargo, al médico que, teniendo en cuenta la salud y la vida del cuerpo, sabe también, sin embargo, cómo encontrar un acceso hacia el alma del enfermo, para obrar a través de ésta en el sentido de la recuperación de la salud, en el sentido del alivio y prevención de la enfermedad. Algunos encuentran dicho camino por habérseles concedido la gracia para ello, mas la gran masa de los médicos no puede poseer tal gracia, ya que en ésta se trata de un don excepcional. Así, pues, deberá aprender a encontrarlo. La psicología clínica les proporciona el compás para ello, cuya aguja, científicamente imantada, ha de señalar siempre hacia el polo psíquico del hombre enfermo.

PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA

por el

Dr. Bernhard de Rudder

(Prof. de Pediatría y Director de la Clínica Pediátrica Universitaria de Francfort del Main.)

VIII.—PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA

Para la asistencia médica infantil no son en el fondo válidas reglas distintas, por lo que se refiere a la actuación médico-psicológica profesional, de las que han sido expuestas en los anteriores capítulos de esta obra. Si aquí, sin embargo, se agrega una parte especial, ello no puede atribuirse sino a ciertas variantes y detalles del tema general, cuyo fundamento ha de buscarse en dos peculiaridades con las que se enfrenta el médico durante el tratamiento de niños. En primer lugar, el niño reacciona psíquicamente, aun cuando está sano, y en determinados aspectos, de modo distinto que el adulto. Esto puede alcanzar notable expresión durante la enfermedad, de tal modo que el médico se encuentra ante situaciones psíquicas completamente nuevas. Ciertos médicos que no viven de cerca la clínica infantil y que no se ejercitan en ella a diario, pueden mostrar en casos tales una falta de recursos que habrá de dificultar su actuación, e incluso impedirla, y que habrá de repercutir sobre su prestigio y su éxito. Hay que tener además en cuenta que los niños de diversas edades muestran ya de por sí notables diferencias, aparte de la individualidad propia de cada caso, que incluso puede ser ya muy acentuada a tan tempranas edades. Por otra parte, tan sólo en casos excepcionales queda reducida la situación psíquica fundamental, en el tratamiento de niños enfermos, a la relación existente entre paciente y médico, pues abarca también a los parientes de aquél, por lo menos a los padres, o solamente a la madre. Esta circunstancia determina asimismo ciertas diferencias con los casos adultos.

Queremos subrayar aquí que nuestra exposición se limita a la psicología clínica del niño orgánicamente enfermo, o que al menos así aparenta estarlo, y que no nos ocupamos de las cuestiones referentes a educación, ni a la psicopatología y psiquia-

tría de la infancia, acerca de cuyos temas existen notables monografías, en gran parte procedentes de muy autorizadas plumas (1). Quizás algunas de las cosas que vamos a decir le parezcan perogrulladas al que se halla acostumbrado a la clínica infantil. Mas este libro pretende precisamente ser una sencilla guía para el médico interesado en la cuestión.

I. CUESTIONES GENERALES

a) La Anamnesis.—La observación psicológica del niño comienza a la misma puerta de la consulta. En ésta entra el niño por primera vez en contacto con el «señor bueno» que es el médico (o quizás el «señor malo»). Aquí se observan todo género de transiciones, desde el psicópata o el débil mental, lleno de curiosidad, de floja concentración la mayoría de las veces, que corretea por el cuarto, revuelve los objetos situados sobre la mesa: el teléfono, el tapete, trepa por las sillas o quizás por la mesa misma; pasando por el niño algo tímido, que se mantiene en segundo plano, y el niño tranquilo, algo retraído ante las nuevas impresiones, que acude atemorizado en compañía de su madre, hasta el psicópata que grita y escandaliza, que golpea a su alrededor y que ha sido arrastrado hasta la consulta por la violencia y a fuerza de golpes.

La situación que así se ofrece proyecta inmediatamente una viva luz sobre el alma del pequeño cliente y no raras veces también sobre la relación psíquica existente entre el niño y su familia. Si acompañando al niño acuden también la abuela y la tía, o varios parientes femeninos, si éstos le quitan a la madre la palabra de los labios, si creen saber más que aquélla acerca del niño, no raras veces se ilumina la situación de conjunto en el medio psicológico familiar en el que se desarrolla el niño. El médico, que inmediatamente deduce consecuencias a partir de todo esto y que investiga los rasgos esenciales de la conduc-

(1) Recientemente ha sido incorporada al acervo cultural hispanoamericano la notable obra de la ilustre investigadora M. Loosli-Usteri, «La Ansiedad en la Infancia», en cuyas páginas hallará el lector interesantes observaciones al respecto. (N. del T.)

ta del niño con preguntas muy concretas, aparece entonces, con frecuencia, ante la atónita madre, como si fuera un vidente. Apenas hay que mencionar, pero sí atender en la práctica, al hecho de que esta primera impresión se confirma por la ulterior conducta del niño durante el reconocimiento, haciéndose incluso en ocasiones más profunda. A la significación y el papel que desempeña en la anamnesis el patronímico del niño ha aludido muy certeramente en cierta ocasión NOEGGERATH.

Las consultas policlínicas constituyen también para el pediatra un medio de formación profesional cuyo valor ya se ha hecho resaltar en la primera parte de este libro. Idéntico valor ha de otorgarse a las consultas dedicadas al asesoramiento de las madres.

Si en las primeras aprende el modo de tratar con los enfermos y sus familiares, acerca de lo cual diremos algo más adelante, las últimas constituyen una insustituible lección acerca del aspecto y la conducta del niño de pecho y del que está en la primera infancia, sanos ambos, lo cual sirve de valioso contraste con respecto a los niños enfermos de las mismas edades.

En las consultas de asesoramiento, a las cuales acuden siempre por lo regular los mismos niños, el médico educa su mirada para captar los progresos somáticos y psíquicos realizados durante las primeras etapas del desarrollo, aprende los momentos de aparición de dichos progresos (primeros dientes, cierre de las fontanelas, actitud de la cabeza, modo de sentarse y de estar de pie con apoyo o sin él, primeros pasos) lo cual es para él tan importante con el fin de enjuiciar durante la consulta lo deficiente y lo patológico; así, por ejemplo, al interrogar acerca de ligera debilidad mental o ligera sordera, la torpeza psíquica o la ceguera del recién nacido, el retraso patológico de la estática, aquí se habitúa a las pequeñas preocupaciones y preguntas de las madres acerca del modo de acallar a sus pequeños o de la alimentación artificial, del aumento normal del peso, del baño y de los cuidados corporales cotidianos, la higiene del biberón y del chupete, los peligros de la edad en que el niño anda a gatas. Deberá aprender cómo se ha de hablar de estas cuestiones, las cuales al principio parecen carecer de importancia, pero que pueden ser decisivas para su prestigio en la consulta.

Aquí podrá contemplar también, en sus estadios iniciales.

la formación de cuadros patológicos, crónicos, podrá ejercitarse en el diagnóstico precoz de cuadros clínicos que aun no han llamado la atención de la madre (raquitismo y anemia, mongolismo y mixedema, hidrocéfalo y luxación congénita de la cadera). Aquí, finalmente, adquiere mediante el contacto con el personal auxiliar (enfermeras, puericultoras, etcétera) una visión de las obligaciones y necesidades de la asistencia en puericultura, de las cuestiones planteadas por la miseria en lo que se refiere a la vivienda, de los peligros de tuberculosis, pero también de la utilización del aire libre y del sol natural.

Conocida es la extraordinaria sugestibilidad de los niños. Más adelante hemos de hablar detalladamente acerca de ello. El médico no siempre tiene en cuenta este hecho, ni actúa en consecuencia. Desde el punto de vista terapéutico, esta elevada sugestibilidad es empleada gustosamente y con éxito, mas durante el reconocimiento se olvida con frecuencia de que existe. Ya es de por sí inadecuado sostener largas y detalladas conversaciones anamnésticas en presencia de un niño capaz de entender las palabras, esto es: de más de tres años de edad, acerca de su mal aspecto, de sus múltiples molestias, incluso acerca de sus «ataques», o de la sospecha de una tuberculosis de hileos o de accesos de dolores abdominales prolongados durante meses. Piénsese que a una conversación de este tipo han precedido, durante semanas, otras acerca del mismo tema realizadas en la familia, en casa o con conocidos encontrados en la calle, las cuales, no pocas veces obran fijando psíquicamente los síntomas a causa de la viva descripción de los mismos, e incluso con la demostración de cómo el niño se convulsiona y contrae de dolor y con citaciones verbales de las frases pronunciadas por el niño. Este último, con frecuencia, acaba por creerse muy interesante al oír cuán en serio son tomadas sus quejas, su aspecto, y cómo con ello se convierte en centro del interés general. Así llega a tener la impresión de que, por medio de determinadas quejas, conseguirá no solamente que se le preste atención, sino incluso inspirar lástima o admiración.

No es raro que determinadas molestias o ciertos hallazgos exploratorios, al parecer objetivos, se demuestren como sugeri-

dos por los que rodean al niño. El padre enfermo de úlcera gástrica, que come con los demás a la mesa, que da cuenta de sus molestias, que precisa de una dieta rigurosa, o una pariente paralítica, un neurótico cargado de quejas y de complejos mueven al niño a imitarles inconscientemente. Son conocidas las epidemias de corea imitatoria en las clases escolares, en los internados y hogares infantiles, y que surgen en torno a una auténtica corea minor o por imitación de un tic, manifestaciones que llegan hasta el terreno de la histeria de imitación.

En cuanto se trata de un niño que puede seguir las conversaciones de las demás personas, es imprescindible adoptar en las visitas domiciliarias o en la presentación de casos en el hospital, la clínica, lecciones o cursos, las mismas precauciones que en páginas anteriores han sido expuestas con respecto a los adultos. Los niños en edad escolar que deben permanecer durante largo tiempo en clínicas, hospitales o sanatorios, adquieren con frecuencia una experiencia considerable, incluso una rutina en la valoración de las observaciones expuestas al descuido y en voz alta por el médico.

b) Exploración y Diagnóstico.—«Debe ser difícil ser médico de niños», acostumbran a decir los profanos, «ya que sus pacientes no pueden decir dónde les duele». Yo acostumbro a responder lo siguiente: «pues ésa es precisamente la ventaja, así no se equivoca uno a causa de haberle dado el enfermo datos falsos o inexactos cuando se le explora». Esto, naturalmente, es en realidad algo exagerado. Existe, desde luego, una cierta ventaja en el hecho de hallarse uno reducido a los propios hallazgos. Aquél que pregunte a un niño de tres años si le duele «aquí», demuestra ya que no entiende nada de psicología infantil. El dolor se comprueba de otro modo durante la exploración: la defensa, incluso mediante apartamiento consciente de aquello que se pretende explorar, le demuestra a uno el dolor durante una palpación, un movimiento. Precisamente el niño que está en los primeros años de la vida demuestra casi siempre ésto, la disimulación por miedo a intervenciones se encuentra más adelante.

Más difícil, o incluso imposible, resulta la exploración tan

sólo en aquellos niños que reaccionan a toda aproximación del médico con gritos, golpes, pataleos, miedo ciego. No es raro ver esto durante la primera infancia. La culpa es siempre de la educación recibida por el niño, con excepción de aquellos casos en que fué realizada con anterioridad una intervención dolorosa y en los cuales es lógico que «el hombre de la bata blanca» constituya un motivo de terror para el niño. En aquellos casos en que la culpable es la educación recibida por el niño, es sabido que se consigue de modo asombrosamente rápido que éste se tranquilice si se hace salir un momento de la habitación a los parientes. En casos graves de duda diagnóstica (sospecha de apendicitis) y cuando la oposición ofrecida por el niño es muy grande, debe ensayarse la exploración en un baño, en narcosis (con escofedal, una combinación de escopolamina, efetonina y eucodal, muy adecuada para su empleo en niños; o eventualmente, una narcosis completa) para llegar a una decisión.

El que la sucesiva exploración de los órganos se adapte a la psique infantil, el auscultar con el fonendoscopio (el estetóscopo rígido no es adecuado para emplearlo en niños) haciendo que se «telefonea», con el fin de distraer al niño de su miedo, el dejar para lo último las intervenciones más desagradables (inspección de la faringe, prueba de PIRQUET, extracciones de sangre para análisis) es cosa que se comprende sin necesidad de muchas explicaciones, y con ello se facilita la tarea exploratoria.

Un peligro especial lo constituye el aferrarse a un diagnóstico ya establecido con anterioridad, el cual quizás fué un diagnóstico de primera impresión. Ello conduce en ocasiones a una especie de ceguera y a dejar de apreciar datos muy evidentes. En aquellos diagnósticos que implican graves consecuencias, como son los de epilepsia, tumores cerebrales, enfermedades crónicas, cuadros clínicos neurológicos y hematológicos raros, mas también en aquellos casos en que hay dudas acerca de la existencia o no existencia de infección tuberculosa (inespecificidad de una prueba a la tuberculina), diagnósticos que tan importantes son en la infancia y en los cuales la decisión puede

suponer, con frecuencia, años enteros de temores y preocupaciones para los padres, el médico debe siempre dudar sobre su propia opinión. Deberá preguntarse siempre de nuevo si su sospecha se halla verdaderamente bien fundada o no, si están fuera de toda duda todos los datos exploratorios sobre los cuales se apoya el diagnóstico. Si es el caso, deben repetirse todas las exploraciones.

Recuérdense la multitud de variantes que se hallan dentro de la norma, que es mucho mayor de lo que la mayoría de las veces se cree; piénsese en los errores que posiblemente se han cometido al realizar los análisis o al consignar los datos de éstos, cosa que puede suceder aun en los laboratorios mejor dirigidos. Por tanto, los hallazgos exploratorios que revistan carácter decisivo deberán asegurarse mediante repetición del reconocimiento. La revisión del diagnóstico, que entonces pueda quizás ser necesaria, probablemente redundará beneficiosamente para el enfermo y quitará a los padres del mismo un gran peso de encima.

Existen cuadros clínicos que tan sólo después de largos años de práctica es posible diagnosticar a primera vista y que muchas veces escapan si se atiene uno a la enumeración de los síntomas aislados. Pueden mencionarse especialmente en este sentido el mongolismo y el mixedema ligero, sobre todo en niños pequeños (lactantes o incluso recién nacidos) y particularmente por lo que se refiere a la diferenciación de ambos cuadros clínicos, tan semejantes en el fondo. La facultad de aprender a reconocer al «primer golpe de vista» es, sin duda, una disposición que varía mucho de unos médicos a otros, pero depende también en amplia medida de la práctica (decimos esto como consuelo de ciertos principiantes).

Hay que tener también en cuenta otra cuestión, relacionada con las reglas de técnica psicológica del diagnóstico. KRECKE, el conocido cirujano de Munich, ha expuesto en su pequeño libro «Del médico y sus enfermos», producto de una profunda experiencia clínica, la opinión de que la verdad absoluta acerca de la enfermedad y su diagnóstico debe ser comunicada, por lo menos, a una persona de confianza entre las que rodean al

enfermo. Este consejo es absolutamente válido con respecto a las enfermedades de la infancia, en las cuales casi nunca existe un motivo psicológico que impida explicar a ambos padres el verdadero estado de cosas, o por lo menos, a uno de ellos. Yo mismo he dicho siempre y abiertamente la verdad a los padres, aun en los más desesperados casos de idiocia grave o de meningitis tuberculosa, e incontables veces me lo han agradecido profundamente: «Usted es el primero que nos dice toda la verdad de lo que ya sospechábamos». Esta respuesta, u otras parecidas, la he recibido con frecuencia. No pocas veces, y en casos de niños imbéciles o idiotas, me ha llamado la atención el número de médicos previamente consultados, ninguno de los cuales tuvo el valor suficiente para revelar a los padres la triste realidad.

La premisa imprescindible es por tanto una: diagnóstico seguro. No hemos de exponer aquí los modos de conseguir éste en el caso individual. Para ello no será nunca lo suficientemente grande el sentido que acerca de la propia responsabilidad tenga el médico. Como se comprende, nada toma tan a mal el profano como un error fundamental en un diagnóstico o un pronóstico vitalmente decisivos.

> Una sola vez, y hace años, he establecido un diagnóstico de meningitis tuberculosa sin la necesaria comprobación de bacilos en el l. c. r. y comunicado a la madre el correspondiente pronóstico. Se trataba, sin embargo, de una meningitis aséptica, linfocitaria (enfermedad entonces poco conocida) y de curso favorable.
>
> Como profesor, reconozco este error casi todos los cursos ante los estudiantes, para advertirles acerca de la necesidad de poner el máximo cuidado en el establecimiento de diagnósticos vitalmente decisivos.

Si el diagnóstico, sin embargo, ha quedado firmemente establecido, es deber del médico comunicarlo a los padres. En la meningitis tuberculosa puede presentarse, como último asidero para la esperanza, el hecho de que algún que otro se salve, entre miles de ellos, y cabe decirles a los padres: «Si su hijo es precisamente uno de estos casos yo me alegraría mucho. Yo,

por mi parte, no he visto aún ninguno que se salve». Esta chispa de esperanza y el asegurar que no se cederá en la lucha para mantener al paciente en vida, supone con frecuencia un bienhechor consuelo para los parientes, en medio de lo abrumador de una tal notificación, lo cual supone una faceta de la actuación médica que no ha de olvidarse.

c) TRATAMIENTO EN CLÍNICAS.—En muchos casos resulta imprescindible el tratamiento de los niños enfermos mediante su ingreso en establecimientos adecuados. Aun cuando muchos padres se deciden en un principio de mala gana a ingresar a sus hijos, muy pronto se dan cuenta de lo que dicha decisión contribuye a descargarles de ciertas responsabilidades. Todo médico de clínica pediátrica tiene la experiencia de que casi todos los niños se habitúan en plazo muy breve, encontrándose después de pocos días, y con frecuencia tras una sola noche, como en su propia casa. Esto es especialmente válido (cosa que asombra) para aquellos niños de los cuales los padres dicen de antemano que no se habituarán jamás y que «morirán de nostalgia». Las excepciones a esta regla son tan raras, que yo (por la Clínica de mi dirección desfilan anualmente unos 4.000 niños) las estimo en menos de un uno por ciento de los ingresos. Mas existen tales excepciones, y digo esto en vista del peligro que supone que todo padre crea que su hijo se halla incluido en ellas. Mas ya que un hospital no es un centro de diversiones, cuya visita se puede elegir o rechazar, lo decisivo es la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Dónde existe más peligro para el niño, en la clínica o en casa? No contamos aún con un medicamento apaciguador e inofensivo que pudiera ayudar en aquellos casos en que durante unos días le resulte al niño difícil habituarse al nuevo ambiente. En muchas ocasiones resulta útil el Optalidón.

El niño es sociable por naturaleza. En vista de ello, el cuarto individual es en principio psicológicamente inadecuado, en tanto no se trate de enfermos graves, a los que sea imprescindible instalar en condiciones de máximo silencio y reposo. Naturalmente, el aislamiento de enfermos infecciosos puede hacer también preciso el empleo del cuarto individual. De no ser así,

tanto desde el punto de vista psicológico como desde el punto de vista del tratamiento, lo óptimo es la sala de cuatro a seis camas. Así pueden formarse rápidamente pequeñas comunidades infantiles, lo cual puede ejercer una gran influencia psicológica. Las salas de más camas son poco recomendables. Aparte de su desventaja en caso de enfermedad infecciosa, que pueden surgir incluso en los establecimientos mejor llevados (y que de hecho surgen casi siempre, pues donde hay niños hay «enfermedades propias de la infancia»), en dichas salas, y en especial si solamente parte de los niños debe guardar cama, se desarrolla un tumulto tal que puede recordar el del patio de un colegio a la hora del recreo, y que resulta perjudicial para los enfermos graves.

Siempre hay padres que se asombran de que su niño, al cual no es posible retener en la cama ni aun cuando se encuentra enfermo, se mantenga dócilmente en el lecho de la clínica sin oponer la más mínima dificultad. El ejemplo de los demás obra aquí de modo sugestivo.

Es importante desde el punto de vista de la adaptación al medio ambiente una cierta estabilidad de éste. No se debería trasladar a los niños de servicio en servicio, ni siquiera de una sala a otra distinta, si es que no existen motivos muy fundados para ello (es decir: en caso de que sea necesario el aislamiento o una mayor necesidad de reposo). Encontrar un término medio entre las imprescindibles necesidades del servicio y las conveniencias del enfermo individual es labor meritoria por parte del médico, en la cual deberían ser asimismo iniciados los colaboradores más jóvenes.

La vida en el interior del establecimiento exige una cierta esquematización desde el punto de vista técnico, esto es: un horario. Por otra parte, el niño enfermo, como todo enfermo, requiere una individualización, que ya se hace notar en los mismos lactantes.

LANGSTEIN comunicó en cierta ocasión que en su Clínica (la «Casa de la Emperatriz Augusta Victoria», en Berlín) tenía una sección sin horario establecido, en la cual, y bajo la dirección de una enfermera de especial confianza y muy do-

tada para la individualización de los casos, ingresaban lactantes que no progresaban en otras secciones, a pesar de una técnica de tratamiento objetivamente exacta y adecuada, pero que no mostraban signos de enfermedad propiamente dicha, y aseguró haber obtenido excelentes resultados por medio de esta instalación.

Las enfermeras se muestran como dotadas muy diversamente por lo que se refiere a su capacidad para individualizar los cuidados que requiere cada enfermo. Existen algunas que en este sentido son insustituibles, que cuidan de cada niño a ellas confiado con un verdadero amor de madre (lo cual puede dar lugar a auténticas reacciones de celos por parte de las madres), y existen enfermeras dotadas de aptitudes organizadoras, que destacan en el modo de hacer cumplir el horario a los niños de su sección.

La habituación del niño al medio ambiente de la clínica o el hospital puede adoptar muchas veces modalidades extraordinarias, a las cuales queremos hacer mención brevemente, y que incluso hacen necesaria una larga labor de deshabituación.

A veces se ven niños en el último período de lactancia, y otros algo mayores, que gritan de miedo durante la visita de la madre tan sólo porque ésta no lleva bata blanca como el médico y la enfermera, e incluso niños cuya madre precisa ponerse una bata blanca para darles de comer, durante bastantes días después de haber sido dados de alta.

Una cuestión psicológica de importancia es planteada por la visita de los parientes a los niños ingresados en el establecimiento. Dichos parientes conceptúan la visita como algo natural y lógico, lo cual es perfectamente explicable desde el punto de vista psicológico. Muchas madres, sin embargo, comprenden rápidamente cuando se las advierte que la separación después de la visita, repetida una e incluso varias veces al día, ocasiona al niño un sufrimiento que puede retrasar su sueño varias horas, dificultar la toma de alimentos y hacer imposible que el infante se habitúe al medio ambiente. A veces es conveniente hacer a la madre que observe a su hijo a través de una venta-

nilla o un resquicio de una puerta, a fin de que se convenza de que el niño no se asusta del médico ni de la enfermera, sino todo lo contrario y de que no sufre psíquicamente en modo alguno tanto como la madre creía.

Casi siempre es contraproducente para el niño que su madre sea admitida también en el establecimiento clínico, y en casos de enfermedad grave, tal decisión puede implicar una gran responsabilidad. Los niños no pueden estar tranquilos, si se les obliga a un bienhechor, aunque aburrido, reposo y comienzan a tiranizar a cuantos les rodean. O la temerosa madre se convierte en un tormento para la enfermera y el médico; exige a cada momento que se adopte alguna medida terapéutica; cada suspiro, cada vómito, cada deposición del niño cree que debe constituir motivo de atención para el personal facultativo y auxiliar. Si se les explica tranquilamente a los padres que su presencia junto al niño es más perjudicial que benéfica, generalmente se dejan convencer y pueden comprobar por sí mismos a los pocos días lo exacto de la advertencia.

Naturalmente, las circunstancias son distintas cuando se trata de visitas realizadas a enfermos desahuciados, o de la admisión como huéspedes de los padres de éstos. Entonces hay que procurar que pasen junto a su hijo las últimas horas que le quedan de vida, sin tener por ello que renunciar a las ventajas que ofrece la clínica. Todo médico se hallará en casos semejantes dispuesto a hacer concesiones, aun cuando a veces supongan molestias para la marcha interna de la clínica.

Algo que hay que tener en cuenta en las estancias prolongadas en clínicas u otros establecimientos en los que no solamente haya niños enfermos, sino niños sanos internados por otros motivos, es el surgir de un hospitalismo psíquico, que hace más de veinte años mereció mucha atención por parte de los pediatras, pero que aparece aún sin que se haya podido hacer desaparecer.

Si se comparan dos niños sanos de la misma edad, uno de los cuales se haya criado en casa de sus padres, y el otro en una institución, ambos muestran con frecuencia las mayores diferencias en su comportamiento psíquico, según nos enseña

la experiencia. Aquél que se ha criado en casa de sus padres, y que es psíquicamente normal, es más despierto, de mentalidad más viva que el otro, y también se desarrolla somáticamente con mayor rapidez, ya que el aprendizaje de los rendimientos somáticos exige una colaboración psíquica, como todo aprendizaje ulterior exige la posibilidad de un consecutivo rendimiento realizado de modo automático. Este niño es más franco, sin ser por ello más impertinente; tiene más interés por las cosas que le rodean; goza la mayoría de las veces de un desarrollo mental mejor logrado (sin necesidad de que presente una poco deseable precocidad). El niño que se ha criado en una institución es más atrasado en todo, y ello es consecuencia del modo de vida reglamentado y nivelado en el que ha crecido, medio que implicaba monotonía, que reducía el contacto interhumano, que adolecía de la carencia de un contacto individual entre el niño y su madre, o sus padres.

Existen, en ambas direcciones, acentuaciones de este comportamiento, que entran ya en el terreno de lo psicopatológico, pero que son de interés para la comprensión de las reacciones psíquicas principales propias de ambos tipos. Si la casa paterna ofrece un exceso de estímulos psíquicos, un exceso de amor maternal y de cuidados, aparece el tipo de niño «prematuramente maduro», psiquicamente sobrecargado, irritable, nervioso y poco infantil. Si la institución ofrece un máximo de uniformidad, impersonalidad, imposición de un orden e incomprensión para el alma infantil, todo ello reforzado frecuente por castigos injustos e incomprensivos, administrados sumariamente, se desarrolla el niño retraído, embotado, terco, y no pocas veces busca salida a la soledad de su alma por el camino erróneo de la neurosis. Conocido es de sobra el elevado número de enuréticos que existe en los hospicios o internados para niños.

Para evitar el «hospitalismo» es importante que los niños reciban tareas adecuadas a su edad (si se trata de enfermos, en cuanto lo permita su estado) lo cual puede ser misión propia de las enfermeras, y muchas veces, y muy adecuadamente, de algunas profesoras de gimnasia o de «kindergarten» o de otro per-

sonal pedagógico especializado. Estas tareas deben apuntar a la consecución de un sistemático aumento de los rendimientos con el transcurso del tiempo, pues si no resultan monótonas y embrutecedoras. Esto hay que tenerlo en cuenta, pues la experiencia nos muestra cuántas veces se comete este error en el tratamiento psíquico llevado a cabo en establecimientos, a pesar de una consciente voluntad en hacer que los niños se ocupen de algo.

Con este método de educación y cuidados dentro del establecimiento, resulta lógico que toda interrupción y cambios bruscos sean perjudiciales, ya que alteran la sistemática de la adaptación psíquica. No basta para evitar un hospitalismo que un niño pequeño, por ejemplo, se transforme en el «favorito» de la sección, al que todo adulto que por allí pasa hace alguna caricia, dirige unas palabras cariñosas, le balancea la cuna, etcétera. Precisamente aquí es donde radica una fundamental diferencia con la educación llevada a cabo por la madre, la cual, al regocijarse por cada nuevo rendimiento y adelanto de su niño estimula a éste para lograr otro, y le anima así sistemáticamente en su necesidad de perfeccionamiento.

Se peca gravemente contra la psique infantil en algunas clínicas donde un exceso de entusiasmo exploratorio hace que se precipite sobre el niño que acaba de ingresar y que sufre todavía a causa del dolor de la separación, un enjambre de figuras blancas (así las ve el niño) que le pincha o martiriza de cien maneras.

> Constituye una falta de consideración para con el pequeño paciente el no tomar la sangre necesaria para el recuento y fórmula, velocidad de sedimentación WASSERMANN, reacción de WIDAL, etc., en una sola punción, sino en distintas, que son repetidas cada par de horas.
>
> En la clínica de PFAUNDLER no se permitían hacer durante el día del ingreso del niño o el día siguiente sino exploraciones imprescindibles para un diagnóstico urgente e inaplazable, o que no eran dolorosas en absoluto. Todo lo demás se verificaba a su debido tiempo, cuando el niño se había habituado a su nuevo ambiente y cuando se había convencido por sí mismo o por lo que le contaban los otros pacientes, de que «la cosa no era tan mala como parecía».

Dada la sugestibilidad de los niños, no ofrece la menor dificultad hacer las cosas de tal forma que sea el propio pequeño quien exija que le hagan la prueba de MANTOUX o que se realice una toma de sangre, y que sienta que no se le practiquen como un perjuicio y un menosprecio. Yo mismo he visto cómo lloraban niños a los que no se les permitía «donar su sangre».

La regla general de que, como médico, no sólo debe procurarse aliviar los dolores, sino también evitarlos siempre que sea posible, rige especialmente para con la infancia. Una falta en este sentido puede traer como consecuencia reacciones de miedo, que surgen durante años enteros en cuanto el niño se halla en presencia de un médico, y que no hacen sino dificultar el diagnóstico.

Realizar una adenotomía en un niño pequeño mediante lo que vulgarmente se denomina «anestesia a bofetadas», no es sino una brutalidad. En la actualidad contamos con el rectidón, el escofedal, con la avertina, con el evipán, etc., todos los cuales constituyen medicamentos muy apropiados para lograr ligeros estados de obnubilación durante los cuales pueden realizarse intervenciones breves en niños o para hacer desaparecer todo recuerdo de la ansiedad causada por la asfixia al principio de la narcosis por inhalación.

Tales medicamentos podrían emplearse también, no pocas veces, incluso en pequeñas intervenciones, tales como la punción lumbar o de hidroceles, la apertura de abscesos, las curas dolorosas. Con ello se consigue que el niño no se amedrente y que aguante con tranquilidad su padecimiento, su estancia en el hospital o sanatorio o una pequeña intervención.

El desplazamiento del punto nodal del diagnóstico desde la cabecera del enfermo al laboratorio, trae sin duda consigo el peligro de aminorar la capacidad y la voluntad de realizar una observación fina e intuitiva del enfermo. Este peligro ha sido señalado, con razón, repetidas veces. Aquel médico que siente auténticamente su profesión no sucumbirá a él. Todos los síntomas de una enfermedad, basados en técnicas de laboratorio, pueden hallarse desenfocados a causa de errores técnicos; mas, sobre todo, son susceptibles de ser erróneamente interpretados. Y lo que de verdad y únicamente importa es la interpretación

que se realiza junto al lecho del enfermo, y unido a ella, todo el resto de las comprobaciones. Un cuadro, una pintura, surge, si se la considera desde un punto de vista meramente físico, por la unión de múltiples puntos coloreados, pero psicológicamente no basta esto, ni mucho menos, para comprenderla.

Lo mejor para aprender a conocer la personalidad psíquica de los niños es observarles mientras juegan o charlan entre ellos, sin que noten que se les observa. El médico que no les ve sino cuando pasa visita no puede apreciar esa espontánea y natural actividad, y tiene que recurrir a las referencias que le dan las enfermeras que conviven con el niño. Pero lo preferible es que sea él mismo quien realice tales observaciones.

> En la Clínica de PFAUNDLER se tenía esto último en cuenta, y así era en ella habitual que el médico se instalase en la sala para realizar por sí mismo las observaciones. Así tenía ocasión de contemplar a los pequeños pacientes en pleno despliegue de sus actividades.
>
> El tiempo que de esta manera transcurría no podía el médico considerarlo como perdido, ya que PFAUNDLER deseaba que las historias clínicas, y en especial los cuadros clínicos, fuesen «pintados con rasgos muy finos». Precisamente por este motivo no existía en todo el servicio sino un solo cuarto de reconocimiento.

En su actividad dentro del establecimiento, el médico tiene siempre nuevas ocasiones de conocer aquel complejo afectivo, difícilmente definible, que se designa vulgarmente como vitalidad, como voluntad de vivir y resistencia a la enfermedad. Su presencia se advierte de un modo señalado durante el transcurso de muchas enfermedades. Seguramente se basa sobre fundamentos orgánicos, anclados sobre todo en los centros vitales del diencéfalo, mas seguramente también incluye modos de comportamiento psíquico, que quizás se unen indisolublemente con otros, morfológicos, precisamente en la función del diencéfalo. Incluso los recién nacidos prematuros lo demuestran ya de manera muy marcada.

Existen recién nacidos prematuros, de 1.000 gramos de peso, que desde el primer día llaman la atención por su comporta-

miento vital, que se señala especialmente (no exclusivamente, de todos modos) en toda su actividad. Los niños gritan cuando se hallan hambrientos, beben con visibles muestras de satisfacción sus pequeñísimas cantidades de alimentos, medidas en gramos, adoptan las posturas que les son más cómodas cuando yacen desnudos e intentan cobijarse bajo el caliente edredón (aun cuando, dadas sus dimensiones, tales movimientos no se extienden sino a pocos centímetros), mientras que otros yacen inertes, apenas lloriquean, se dejan envolver en sus pañales sin la menor reacción y no dan ningún signo de participar en cuanto les rodea. Toda enfermera puericultora con suficiente experiencia sabe cuán fundamentalmente distintas son las probabilidades de vida de ambos tipos extremos.

El aprendizaje del trato con el niño enfermo y de las medidas que han de adoptarse para su cuidado es de aconsejar para el estudiante de Medicina. La joven médica es particularmente apta para estas misiones especiales, debido a motivos psicológicos que son fáciles de comprender.

Desde luego, el tipo de Clínica pediátrica para jóvenes médicos, preconizada por von PIRQUET hace veinte años, no ha sido realizada apenas en ninguna parte, debido a motivos cuyo análisis nos conduciría muy lejos. Mas los cursillos acerca de servicios clínicos auxiliares, que debe seguir el estudiante alemán, constituyen una notable enseñanza en este aspecto. En los establecimientos pediátricos surge además una cuestión de muy especial interés: la relación entre el médico y la enfermera. Aquí entra en juego, en primer término, el hecho anteriormente consignado: el niño enfermo no puede describir y expresar sus molestias, aquello que siente, del mismo modo que lo hace el adulto.

En esta situación psíquica, la enfermera constituye el más importante intermediario entre el niño y el médico. La mayoría de las veces observa de modo más objetivo, sobre todo cuando cuenta con gran experiencia, pero además, lo hace de modo que inspira más confianza que la observación realizada por la propia madre del niño. Por otra parte, el pediatra puede aprender extraordinariamente de las enfermeras bien capacitadas. Cuanto más tiempo lleva practicando a la cabecera del niño enfermo, tanto más evidente se le aparece esto.

El contacto con enfermeras bien informadas puede cons-

tituir un filón de enseñanzas acerca de cosas que no pueden encontrarse en texto alguno, y que el médico, dado el tiempo relativamente corto que emplea en su visita, no se halla jamás en situación de aprender. Indudablemente, las dotes para observar bien al enfermo varían extraordinariamente, así como el tacto, con el cual una enfermera experimentada ha de saber tratar al médico joven. El fallo de la enfermera en estos dos aspectos puede dificultar extraordinariamente la colaboración.

Los médicos jóvenes, los estudiantes, tienden a apreciar en poco las enseñanzas que las enfermeras pueden proporcionarles, o a contrarrestarlas con su autoridad, no siempre, desde luego, para bien del enfermo y del servicio. Como principiante en el arte de curar niños debe comprenderse que una enfermera que lleva veinticinco años de servicio en un Instituto de Puericultura, que ha visto surgir y desaparecer modas y métodos de nutrición de lactantes, debe sonreir para sus adentros cuando un médico recién salido de las aulas propone un aumento demasiado rápido de un alimento que quizás hace poco que se ha introducido, para tratar una atrofia, o no reconoce a primera vista un exantema luético. Si ella comprende cómo ha de irle poniendo en contacto con los pequeños secretos y tareas de la práctica cotidiana, el resultado podrá reflejarse en la excelente colaboración de todos. Desde luego no ha de llamar la atención al joven doctor acerca de la corrección o incorrección de lo que prescribe. Pero si al establecer el plan alimenticio hace observar: «Creo doctor, que el niño podría recibir hoy treinta gramos más de babeurre», como hacía una enfermera junto a la cual aprendí yo, uno mismo debe reconocer que se trata de un excelente consejo basado en la experiencia, en el cual existe una ventaja para el niño y del que se acordará uno, cuando vuelva a hallarse en presencia de otro caso análogo.

De una de nuestras enfermeras, que desde hacía decenios trabajaba en el servicio antidiftérico de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Munich, se decía:

—«¿Cómo se aprende a intubar?»

—«Pues se sujeta fuerte el tubo, para que no se caiga, y la enfermera P. se encarga de empujar al niño y ponerlo al tubo.»

El extremo opuesto se halla representado por aquellas en-

fermeras que no toleran que el médico las haga la menor advertencia, o a las que «hay que pedir permiso» para instaurar un tratamiento.

Diremos aún algo acerca de la colaboración psicológico clínica. Existen diversos puntos de vista para la elección de colaboradores, y cada jefe seguirá sus normas particulares en cuanto disponga de gran número donde elegir. Es decisivo con respecto al espíritu de la clínica cuando consigue establecer a su alrededor un grupo de colaboradores que sienten amor por ella y que se hallan dispuestos a trabajar con un mínimo de rozamientos entre sí. El que en todo grupo de personas que trabajan en común surjan desavenencias, es natural. Hacer que éstas no rebasen ciertos límites debe ser cuestión de honor para cada uno. Debe procurarse lo más posible que tales tensiones y diferencias no repercutan de modo apreciable en la marcha interior del servicio. Esto es lo más importante desde el punto de vista del beneficio para el enfermo, mucho más que ciertos trabajos científicos realizados a costa de la paz interior del servicio.

2. SIMULACION Y DISIMULO. FIJACION E IMITACION.

Corresponde sin duda alguna a las ventajas de la medicina de la infancia que en dicha edad sea mucho menor que en el adulto el peligro de un falseamiento, realizado a sabiendas, del cuadro clínico. Una gran cantidad de motivos que hacen aparecer como deseable al adulto los falseamientos conscientes o inconscientes, no juegan todavía ningún papel o un papel muy escaso para el niño. El vivaz impulso de movimiento y actividad del niño sano se opone al deseo de prolongar una enfermedad que acaso va unida a la necesidad de reposo en cama. Las ventajas económicas, en forma de indemnizaciones pecuniarias o rentas, no juegan en absoluto papel alguno en el niño. El deseo de librarse mediante la enfermedad de una actividad que es cotidianamente exigida y que quizás gusta poco, surge a lo sumo en el niño bajo la forma de una tendencia a rehuir la asistencia a la escuela.

En estos casos se observa frecuentemente, en los primeros años de escolaridad, un notable dimorfismo sexual de índole psíquica, con arreglo al cual las niñas tienen una menor predisposición a ello que los niños, e incluso, no raras veces, muestran todo lo contrario. De ello hablaremos en seguida más extensamente. Entra en juego en esto, sobre todo, la mayor ambición por parte de las niñas, y también, hasta cierto punto, las menores exigencias escolares y las consecuencias más innocuas que tienen para las niñas los fracasos escolares. En realidad no existe para el niño sino un grupo de motivos de índole práctica que hace aparecer el enfermar como algo digno de ser deseado: la enfermedad supone un aumento en los cuidados y en la atención por parte de los que rodean al niño, y puede crear situaciones que aparezcan para éste como una compensación por el hecho de estar enfermo; acaso un aumento en el número de juguetes poseídos, que regalados en un principio como medio de distracción, se convierten, con el transcurso del tiempo y en niños especialmente predispuestos o que han estado sometidos a una educación errónea, en objeto de deseos que quieren satisfacerse a cualquier precio.

El surgir o reforzarse de los síntomas somáticos de enfermedad que en ocasiones sucede a lo anteriormente dicho, y que aparece como falseamiento consciente, la disimulación o agravación, es naturalmente más fácil de desenmascarar, más transparente, en el niño que en el adulto. Es más primitiva que en este último, dadas la menor diferenciación del ánimo infantil y la aún escasa experiencia de la vida, que no permite en este sentido refinamientos propiamente dichos. Se echa clara de huevo en la orina para simular la presencia de albúmina; a la hora de ir a la escuela o a la de dar una determinada lección, surge el dolor de cabeza o de muelas; se alega dolor de vientre para no comer un alimento que no gusta. Tales situaciones son relativamente fáciles de descubrir por el médico.

No raras veces existen cuadros clínicos psicógenos que constituyen ya un tránsito hacia las situaciones neuróticas o neurasténicas, y que semejan, sin serla, una simulación. Los escolares, en especial las niñas, muestran en ocasiones, duran-

te los meses que asisten a la escuela, falta de apetito, tendencia a cólicos umbilicales, mientras que tales molestias son mucho menores o incluso faltan por completo durante las vacaciones.

Si se investiga más profundamente el modo de ser de estos niños, se averigua que asisten con gusto al colegio, que se dedican con aplicación a hacer sus deberes, sin descansar hasta que los concluyen, que no tienen tiempo para jugar y que vuelven a casa después del colegio, cansados.

La asistencia al colegio es el eje de su vida, impide todo auténtico descanso y recreo, y este ininterrumpido estado de tensión durante el período escolar es proyectado en la esfera somática. Sería por tanto fundamental error psicológico atribuir tales síntomas a simulación, aun cuando la simple anamnesis parezca indicarlo así a primera vista.

El pretexto para la *disimulación* puede hallarse basado en el miedo a intervenciones, sobre todo quirúrgicas. Esto puede dar lugar a serias dificultades diagnósticas cuando se trata de excluir una apendicitis en niños que poseen ya cierta experiencia acerca de clínicas y hospitales, o puede hacer disminuir la sensibilidad a la presión de una excrecencia verrugosa. Asimismo, el afán de concluir cuanto antes con una inmovilización en el lecho, cuando no se siente dolor alguno, o con una permanencia en la clínica, puede dar lugar a que el niño se queje menos o deje de quejarse de cosas que sabe pueden tener como consecuencia que se prolongue su permanencia en el lecho o su estancia en la clínica, y puede conducir incluso a manejos realizados con fines falsificadores.

Un papel mucho más importante desde el punto de vista médico que el desempeñado por la simulación y la disimulación, corresponde en la infancia a la elevada sugestibilidad, la disposición psíquica acentuada a imitar y adoptar, exagerándolas, a sentirlas en sí mismo y a transformarlas o debilitarlas, quejas, molestias, capacidades o incapacidades que presentan las personas pertenecientes al medio ambiente del niño. Ciertas molestias gástricas de los niños tienen su auténtica causa en la úlcera gástrica de alguna de las personas pertenecientes al ambiente cotidiano del niño. Con frecuencia surgen, debidas a la imitación, alteraciones histéricas de la motilidad, y bien cono-

cida es la propagación epidémica de la corea imitativa en torno a un caso de auténtica corea, cuyas hiperquinesias extravagantes producen especial impresión.

Por otra parte, la fácil sugestibilidad en la edad infantil, posibilita las más sencillas formas de psicoterapia, en el sentido de la sugestión verbal o de una «magia» primitiva.

> En este aspecto pueden servir cualesquier maniobras realizadas con aparatos que impresionan por su aspecto, irradiaciones locales con lámpara de cuarzo, onda corta. ligeras faradizaciones, etc.
>
> Cuando aún se tenían en los departamentos de Rayos X los viejos aparatos de chisporroteo, constituía una especie de medio mágico, muy impresionante y efectivo, hacer saltar y restallar chispas de medio metro de largo entre los polos, manteniendo, naturalmente, el cuarto a oscuras (antiguamente se pintaban de negro las paredes de los cuartos de Rayos X, pensando que estarían más oscuros si las paredes eran negras).
>
> En todos estos métodos es menos importante la clase de aparato que se emplee para esta finalidad especial que el modo de llevarla a cabo.

Los métodos especiales y más diferenciados, como la hipnosis profunda, son cosa del médico habituado a su manejo y en él ejercitado. No hemos de entrar aquí en su exposición detallada.

En la falta general de concentración y cuando existe inquietud y volubilidad, en los tics ligeros, entre otras cosas, rinden muy buenos servicios los ejercicios de concentración tales como los estableció Pototzky para su uso en policlínica, si se ejecutan cuidadosamente. El calendario, en el que el propio paciente anota los éxitos sobre su enfermedad, constituye en los enuréticos un viejo método cuya eficacia se comprueba en ocasiones, pero no siempre, cuando el médico hace que el paciente se lo muestre cada dos semanas, y acompaña la visita con palabras que tienden a aumentar de modo sugestivo la confianza del enfermo, apoyándose también en ocasiones en una sencilla «terapéutica mágica».

Deben rechazarse, por el contrario, los métodos sugestivos que producen intenso dolor, la faradización por medio de co-

rrientes intensas, la antes tan celebrada inyección epidural, etc. el niño no debe tener miedo al método, sino fe en él.

En el mismo plano se sitúan la tendencia a fijar psíquicamente hábitos o modos pasajeros de comportamiento determinados por la enfermedad. El médico puede ver en este sector toda clase de transiciones, que van desde las manifestaciones psicológicamente más vulgares y anodinas, hasta las reacciones patológicas, que incluso pueden poner la vida en peligro.

Las formas más sencillas de fijación psíquica las encontramos, en modalidad muy conocida, en el chupeteo en todas las variedades de éste, desde el preferir chupar el pulgar u otro dedo, muy individualmente escogido, al chupete, hasta el beber en biberón hasta más allá del primer año. Aquí se trata de que se ha fijado una forma fisiológica de tomar el alimento en la más temprana edad de la vida (lactancia) o de que el movimiento de labios, mandíbulas y carrillos, marcadamente placentero por naturaleza en este período, es ejercitado por puro gusto sin la natural finalidad de ingerir el alimento. Contra esta costumbre no habría que objetar gran cosa si no tuviese consecuencias. Mas por una parte puede dar fácilmente lugar a deformaciones anatómicas de la mandíbula y de la posición de los dientes, que más tarde requieren una dificultosa corrección para hacer posible naturalmente el morder y el masticar bien, aparte del defecto estético, el cual repercute más adelante sobre el psiquismo del sujeto. Por otra parte, la fijación psíquica del acto de mamar o de chupar favorece o testimonia, al menos, un retraso psíquico, un aferrarse psíquico a la existencia amparada y libre de preocupación de la época de la lactancia, durante la cual, tanto la madre, como las demás personas que rodeaban al niño hacían lo posible por evitarle influencias desagradables y protegerle contra todo daño.

No carece de interés observar cuán fina es la diferenciación individual que puede mostrar el chupeteo. No solamente que muestre una preferencia por determinados dedos, sino que también el cambio de color de un chupete puede suprimir bruscamente la gana de chupar.

No raras veces rechazan los niños que se hallan acostum-

brados durante largo tiempo a satisfacer su apetito en el pecho todo mamar en biberón, mientras que, por el contrario, siguen buscando el pecho de la madre incluso cuando llegan a la edad del comienzo de la marcha.

Entre las fijaciones psíquicas del período de la lactancia se encuentran asimismo muchos casos de *enuresis nocturna,* en los cuales no se desarrolla en el niño aquél reflejo que conduce a la evacuación o retención consciente de la orina. Especialmente bajo la influencia de las reacciones inconscientes de celos, por ejemplo, contra un hermanito más pequeño, que absorbe los cuidados y solicitudes de la madre, haciendo que se desvíen del hasta entonces favorecido, pueden producirse situaciones psíquicas tales que pongan de manifiesto fijaciones a hábitos anteriores procedentes de la época de lactancia. Designar impropiamente a la enuresis como «debilidad vesical» no hace sino contribuir a justificar o encubrir un comportamiento que radica en lo psíquico y hacer que no se reconozca la auténtica causa.

Mas precisamente desde el punto de vista de la impresionabilidad infantil con respecto a la sugestión, debe tenerse muy en cuenta cuán fácilmente son fijadas inconscientemente manifestaciones patológicas, e incluso agravadas, a causa de la atención que les prestan los que rodean al niño, y que se reflejan psíquicamente de nuevo sobre éste.

Por otra parte, siempre surgen ejemplos que muestran de qué modo naturalmente infantil resulta propio de esta edad descargarse de sus vivencias con el médico, en caso de que éstas no hayan sido innecesariamente exageradas por los allegados del niño.

En aquellos tiempos en que era usual tratar por medio de candelillas la gonorrea infantil, me contaba una madre que sus tres hijas, todas ellas en edad escolar, jugaban inocentemente a colocar candelillas a sus muñecas, como si se tratase de la cosa más natural del mundo.

El *inconsciente del niño* puede, en ocasiones, descubrir durante una enfermedad que una falta de apetito, un estreñimiento, un dolor de cabeza o de vientre, le asegura la consideración

y la atención por parte de los padres y de los parientes, lo cual constituye suficiente motivo para fijar dicha manifestación. A estas posibilidades debe precisamente atender el médico, tanto con respecto al niño como con respecto a los que rodean a éste, ya que, de lo contrario, aminoran la voluntad de curación por parte del pequeño paciente, o incluso pueden inhibirla. Lo último conduce ocasionalmente a reacciones que parecen en cierto modo paradójicas, a una fijación de un padecimiento (a veces imposible de hacer desaparecer), por ejemplo: en paralíticos o inválidos graves por diversas causas, que, sin sentir directamente dolores, se ven obligados a mantenerse en cama. El estado, que primeramente es sentido como «padecimiento», se convierte en costumbre, en algo que se considera natural y lógico, y, finalmente, en fuente de cuidados y atenciones para el niño, que le asegura mimos y le habitúa a ellos, que le libera de toda preocupación cotidiana, en tanto no se pase a tiranizar a los circunstantes o en tanto éstos no admitan tal cosa. El niño encuentra así una posibilidad de hacer psíquicamente lo que le viene en gana y es de su gusto, aun cuando su existencia, por lo que corresponde a lo somático, sea digna de lástima.

Una activa propaganda industrial ha convertido al médico en un recetador de específicos, y al paciente, en un devorador de tabletas. Para los niños, una prescripción innecesaria supone un reforzamiento en su creencia de estar enfermos, de que se les debe atender por ello. Casi nunca sufre un niño por falta de calcio en los alimentos, y el calcio no acostumbra acumularse en aquellos lugares del cuerpo donde se querría que fuese a parar (por ejemplo, en unos dientes de leche que hace tiempo llegaron a término). El vigantol no es una vitamina reconstituyente; la digital no es ningún medio para combatir soplos o palpitaciones cardíacas. Aquel que se tome el trabajo de, en lugar de extender una receta, hablar durante diez minutos más con la madre, de aconsejarla auténticamente, de convencerla acerca de lo inofensivo de una presunta manifestación de enfermedad; aquel que la proporciona ocasión de explayarse acerca de una preocupación y de establecer con ella la comunicación que se acostumbra con el médico de familia, de conver-

tirse en consejero, hace más por el niño y por los allegados de éste que si les extendiese una receta. Reconozco, desde luego, que la autoridad que uno posee como profesor universitario facilita esta actitud; mas también el auténtico médico de familia, como consejero de confianza de ésta, puede hacerlo, y corresponde al buen criterio de la capacidad del médico convertirse en un médico de familia.

Entonces, precisamente, es cuando uno se coloca en situación adecuada para conseguir éxitos médicos que, con frecuencia, son de lo más satisfactorio y agradecido que puede vivirse en una consulta, librando a una familia de una torturadora preocupación. De este modo pueden «curar» ciertas «tuberculosis hiliares» no existentes, ciertas «velocidades de sedimentación» aceleradas, ciertas «temperaturas subfebriles», y los padres nos reiteran por ello su agradecimiento. En casos tales se hacen, por tanto, desaparecer ficciones fijadas, no solamente por el enfermo, sino también por sus allegados.

> El médico que se toma el trabajo de llevar a cabo esta faceta del tratamiento se aproxima en sus éxitos al sacerdote, a quien se refieren las propias preocupaciones, que consuela de ellas, que libera íntimamente.
>
> Este consuelo se logra muchas veces (digámoslo de pasada) incluso en casos desesperados de enfermedad crónica (por ejemplo, en formas de oligofrenia), cuando se toma uno el tiempo necesario para precisar con los padres detalles del tratamiento, del ingreso en instituciones apropiadas; cuando se discuten con ellos tranquilamente las ventajas de tal ingreso por lo que se refiere al porvenir del niño, al interés de los hermanos sanos, a la vida familiar.

Un clásico ejemplo de fijación psíquica de un síntoma morboso es el siguiente: un niño sufre la tos ferina, con sus típicos accesos de tos convulsiva, que originan golpes de tos a gran presión a causa de la consistencia y dificultad de expectoración del esputo, como es sabido; durante varias semanas la enfermedad determina esta modalidad de tos. Una vez transcurrida la enfermedad, no existiría ya causa propiamente dicha para que la tos continuase; mas, sin embargo, el niño no se ve libre de los accesos. Cualquier otro estímulo tusígeno, por pequeño

que sea, un atragantarse; pero, más adelante, incluso, un afecto o una emoción, un enfado o un deseo no satisfecho, un reconocimiento médico, desencadena el típico acceso como si se tratara de un reflejo condicionado. No son raros incluso aquellos casos en que entre la enfermedad propiamente dicha y la «segunda tos ferina», es decir, la tos pertusiforme como tic, existe un intervalo libre de semanas o incluso de meses, y una infección banal, que, de lo contrario, desencadenaría una tos moderada, conduce a accesos de tos convulsiva completamente típicos.

De modo absolutamente análogo, el vómito provocado en la tos ferina a cada golpe intenso de tos y a causa de las contracciones del diafragma puede, al cabo de muchas repeticiones, fijarse de tal manera que luego aparece (o al menos amenaza) en cuarto surge durante otra enfermedad un golpe de tos, aunque no sea este último demasiado intenso. Esto puede constituir en ocasiones un peligro con respecto a la nutrición, el cual no puede evitarse sino por medio de una teurapéutica sugestiva muy enérgica (o, eventualmente, por cambio del medio en que habita el niño).

Otros espasmos de la musculatura lisa pueden ser objeto de una fijación análoga. Un espasmo esofágico originado en un principio por una pequeña lesión, a consecuencia acaso de haber tragado un objeto duro que araña o raspa (una astilla de hueso, por ejemplo), o incluso por haberse atragantado el niño con un bocado de comida, puede hacer imposible o dificultar durante mucho tiempo la ingestión de alimentos sólidos, a causa del vivo dolor que causa el espasmo esofágico que inmediatamente se establece.

Efectos de la sugestión y de la fijación, que varían y alternan múltiplemente, juegan un papel vitalmente decisivo en niños con crup laríngeo, influyendo tanto el comportamiento psíquico del pequeño paciente como el de sus allegados, así como la relación psíquica existente entre ellos. La etiología del crup (ya se trate de difteria, grippe, sarampión) no importa para ello. Lo esencial es, en primer lugar, que todo crup ocasiona un impedimento mayor o menor para la respiración. Dicho im-

pedimento, que, por tanto, supone un afán de aire, que incluso puede no ser muy acentuado, da lugar a ansiedad, sensación de asfixia, ahogo. Basta para convencerse de esto suspender la respiración durante unos segundos: la sensación es extraordinariamente molesta. La respuesta psíquica del enfermo a esta ansia de aire puede ser decisiva para indicar la intervención quirúrgica. Aquellos niños que son de natural tranquilo, soportan este trastornador estado durante más tiempo que aquellos otros que son neuropáticos o mal educados, que «no aguantan» estar enfermos. Estos últimos comienzan pronto a mostrarse inquietos en la cama; se levantan de ésta, reflejando todos los signos de la intranquilidad interior; es imposible hacerles entrar en razón; intentan gritar; ponen en juego todos sus músculos respiratorios auxiliares, sobre todo los pectorales mayores, para ayudarse a respirar, agarrándose al borde de la cama. Sin embargo, toda esta actividad física aumenta la necesidad de aire, que no puede ser ya cubierta sino en pequeña parte, y así se desarrolla aquel peligroso círculo vicioso: ansia de aire, ansiedad, inquietud, aumento del ansia de aire, aumento de la ansiedad, etc. Todo esto, naturalmente, puede desarrollarse también en el niño tranquilo cuando el grado de la dificultad respiratoria es muy elevado; pero, sin embargo, puede ser decisivo el momento, más o menos adelantado, en que se instaura el círculo vicioso.

Un tratamiento psíquico comprensivo puede conseguir mucho en estos casos. Procurando distraer al niño, consolándole, sugestionándole verbalmente, paseándole en brazos, en lo cual influye mucho no solamente la variación de postura, sino seguramente también la proximidad psíquica de una enfermera tranquila, que inspira sensación de seguridad, puede hacer que se consiga mantener al niño con respiración suficiente durante muchas horas o durante una noche que puede ser decisiva. Un viejo método auxiliar es el alcohol en forma de vino dulce, de vino tinto azucarado, etc., cuyo conocido efecto euforizante es utilizado aquí, sin que se limite por ello la expectoración en grado apreciable. Se trata aquí de la única indicación para administrar alcohol en la infancia.

Situaciones psicológicas análogas surgen cuando es necesario desacostumbrar a los niños al uso de tubos laríngeos o de cánulas traqueales. Conocido es el hecho de cómo se acostumbran los niños en pocos días a llevar estos aparatos. Una tendencia, probablemente orgánica, por irritación de la mucosa, al espasmo de la glotis, impide, a causa de la tos que provoca, la colocación del tubo y puede producir una fijación psíquica que haga retornar el espasmo una vez alejado el tubo o la cánula. Esto refuerza fácilmente en los niños le creencia de no poder respirar más si no es por medio de dichos adminículos, dado que su colocación fué realizada, en muchas ocasiones y rápidamente, bajo la acción narcótica de la intoxicación por el ácido carbónico, y transformó radical y bruscamente la desagradabilisima vivencia de la enfermedad. En tal situación puede originarse durante días, (en portadores de cánulas durante meses enteros,) una fijación psíquica al medio auxiliar. En otras ocasiones, el paciente obliga por su actitud, y después de diversas tentativas de extubación, a una traqueotomía secundaria, con todos los peligros que ésta implica. A veces puede observarse que después de cada extubación se abrevia el tiempo de tolerancia de la respiración sin tubo, hasta que finalmente es tolerada tan sólo durante una fracción de minuto.

Tal situación psíquica procurará dominarse en tanto aun está colocado el tubo o la cánula, convenciendo al niño de lo molesto que es llevarlo y sugiriéndole que muy pronto se le liberará de tal molestia y que entonces podrá respirar mucho mejor. Antes de la extubación se someterá al niño nuevamente, y de un modo ligero, a la acción del alcohol, y sobre todo, después de realizada, se emplearán todos los medios de distracción y persuasión antes citados. La influencia ejercida por estos últimos dependerá mucho de la persona a la cual el niño se halla habituado.

Después de varios ensayos infructuosos de extubación, prolongados durante días, un niño de corta edad no podía ser transportado sino por dos personas a las que quería especialmente: una asistente técnica y una enfermera, o en caso contrario, en cuanto se le privaba del tubo, llegaba rápidamente a

un estado gravísimo de cianosis, durante el cual peligraba su vida.

Tan sólo cuando después de esfuerzos proseguidos inútilmente durante varios días se decidieron ambas personas preferidas por el niño a tener a éste durante 48 horas consecutivas en brazos, se resolvió el conflicto: el niño pudo permanecer sin tubo.

En otro caso, el niño (que era de cortos años) después de seis días de inútiles tentativas de desintubación, permaneció durante una noche en la terraza, al aire libre, y en el regazo de la misma doctora que lo había intubado, después de lo cual todo marchó perfectamente.

En los portadores de cánulas, el cambio de medio ambiente, en unión de un hábil tratamiento psicológico, puede obrar milagros.

En la clínica pediátrica de Munich ingresaban en ocasiones niños que nos remitían los hospitales de la región para que los deshabituáramos a llevar la cánula después de haberlo intentado inútilmente durante meses enteros. En manos de nuestra experta enfermera encargada de los diftéricos, cada uno de estos niños se veía libre de la cánula a lo sumo al tercer día de su ingreso. Esto constituía para nosotros, por así decir, una cuestión de honor. Y se trataba de un éxito exclusivamente debido a la técnica psicológica empleada por la enfermera. El médico se limitaba a permanecer en segundo plano, admirando y aprendiendo. Se sobreentiende, como es natural, que hay que tener en cuenta la existencia de proliferaciones de tejido de granulación, como impedimento orgánico a la respiración, cuando existen dificultades muy rebeldes a la supresión de la cánula.

En ocasiones causa una impresión muy extraña, después de la extubación, la tendencia que entonces aparece a los espasmos de glotis psicógenamente desencadenados.

El siguiente caso fué particularmente impresionante: una muchacha de unos 13 años llevó colocado un tubo durante varios días a consecuencia de una difteria laríngea. Con motivo de padecer una bronquitis, con peligro de neumonía, le fueron aplicadas cataplasmas de mostaza, las cuales recordaba,

naturalmente, con poco agrado. La extubación fué lograda sin dificultad y la paciente pudo volver a hablar.

La niña permaneció durante ocho días sin el tubo, y parecía curada. Pero la bronquitis se agravó. Durante la visita, la enfermera preguntó si acaso no debería aplicar de nuevo una cataplasma de mostaza. La muchacha se asustó cuando yo respondí afirmativamente, y comenzó inmediatamente a respirar de un modo estenótico. Aun no se había concluído la visita a la sala cuando hubo que intubarla de nuevo a causa de una gravísima cianosis. Naturalmente, la cataplasma no fué aplicada.

Durante varios días consecutivos se intentó en vano la extubación, hasta que la niña falleció a consecuencia de fallarla el corazón durante un nuevo espasmo laríngeo, poco después de un nuevo ensayo en extubación (quizás estuviese lesionado el corazón a causa de la difteria).

Nos preguntamos si no se trató de un aumento de la disposición a espasmos laríngeos, relacionado con la reacción al suero. En todo caso, lo que aquí aparece como indiscutible es que una situación psíquica determinó, en último término, la fatal evolución de la enfermedad.

3. PSICOMAS DE LA INFANCIA

a) PSICOMAS EN LAS ENFERMEDADES GENERALES.—Comparada con la adulta, la psique infantil puede considerarse como más sencilla, transparente y uniforme en sus reacciones. Esto trae consigo como forzosa consecuencia que las enfermedades generale se manifiesten en el niño, por lo que se refiere a sus psicomas, con idéntica uniformidad e indiferenciación, y que a consecuencia de ello debe atribuírseles en general menor significado diagnóstico. A ello hay que agregar otra circunstancia. En los clásicos de la Pediatría, los cuales se veían obligados a lograr sus diagnósticos y líneas rectoras del tratamiento a base de observaciones directas y muy finas realizadas a la cabecera del enfermo, se encuentran muchas referencias a rasgos psíquicos esenciales, elaboradas y caracterizadas de modo muy certero. Todo ello no reviste en la actualidad el mismo interés que en aquellos tiempos, con respecto a la conducta del médico jun-

to al lecho del enfermo, ya que nuestras posibilidades de diagnóstico han aumentado extraordinariamente a causa de los avances de la Física (RÖNTGEN), la Química, la Hematología, la Inmunología, etc.

La intolerancia del raquítico para el sufrimiento (en especial del raquítico muy grave, caso hoy raro), la propensión para asustarse del espasmófilo, etc., constituyen hoy para nosotros algo lógico y natural que consideramos como consecuencia de una enfermedad que reconocemos por otros medios; pero ya no constituyen en sí, como síntomas, un medio para establecer el diagnóstico e incluso el diagnóstico precoz. Resulta natural que, para una enfermera que observe cuidadosamente, un lactante comience a llamar la atención uno o dos días antes de hacer su aparición una alteración dispéptica de las heces por el cambio en su comportamiento, la menor gana de beber y de reír; así como el retorno del interés del niño por lo que le rodea tiene una excelente significación pronóstica, o también que ría de nuevo cuando mejora una intoxicación o una atrofia. En último término, lo que aquí se manifiesta es aquella vieja sabiduría que afirma que no existen enfermedades, sino enfermos, convalecientes y sanos, y que en aquéllas se trata de una abstracción necesaria desde el punto de vista del conocimiento y estudio.

Es de todos conocido que no existe en absoluto un correlato psíquico de la fiebre, es decir, que el niño «febril» puede mostrar todas las transiciones entre un comportamiento absolutamente normal y el más grave delirio, estupor o pérdida de conciencia (determinados frecuentemente por la enfermedad base), así como las grandes diferencias individuales que existen en cuanto a tolerancia frente a una enfermedad. Acerca del psicoma (nada raro) relacionado con la subida de la fiebre: las convulsiones febriles, trataremos más adelante en relación con otros temas.

De todos modos debe recordarse que una comparación de la conducta del niño durante la salud y durante la enfermedad permite ya ciertas conclusiones, en el sentido de que una ligera alteración psíquica alude más bien a una enfermedad leve que

a una enfermedad grave (con todas las salvedades que han de tenerse en cuenta). Sabido es cuántas y cuán fundamentales excepciones se encuentran a diario a esta regla en multitud de casos individuales; recuérdense los cuadros clínicos de la difteria, la poliomielitis, o las escasas alteraciones psíquicas que existen al comienzo de una meningitis tuberculosa, con sus contrastes entre el peligro que amenaza y el estado subjetivo del enfermo. La magnitud de una alteración psíquica en una enfermedad ya comprobable, como, por ejemplo, una neumonía, una meningitis, una tos ferina, es, por el contrario, un dato aprovechable para valorar la gravedad, pero nada más.

No hemos de insistir más sobre estas cosas, que son de todos conocidas. Existen, sin embargo, unas pocas enfermedades en las cuales surge un psicoma que alcanza los límites de lo psiquiátrico y que da a la enfermedad base un sello especial y característico, aun cuando aquí también, y debido al mencionado motivo de la relativa simplicidad de las reacciones psíquicas infantiles, no es muy grande la variedad de cuadros psíquicos.

Bien conocido es el hecho de que una meningitis tuberculosa que comienza se marca no pocas veces en el modo de ser del niño antes de que surjan síntomas corporales apreciables y susceptibles de una exacta comprobación diagnóstica mediante exámenes de laboratorio, lo cual es aquí tan importante. Debe advertirse, desde luego, que el comienzo «de libro» de la enfermedad (subagudo o crónico), y que es lo que posibilita que surjan tales alteraciones psíquicas, aparece tan sólo en la mitad de los casos, aproximadamente. La otra mitad comienza de modo tan agudo como cualquier otra meningitis. Aquéllos, sin embargo, llaman la atención por la falta de ganas de jugar, el cansancio general, la necesidad de reposo, la sensitividad a los ruidos, por la exigencia de reposo en cama por parte del propio niño, lo cual es siempre cosa rara en la infancia, todo ello antes de que la rigidez de nuca, el dermografismo o el KERNIG, encaucen el diagnóstico en su sentido exacto.

La tifoidea infantil determina precisamente, desde la edad escolar en adelante, y no pocas veces, aquella somnolencia, aquella dificultad para despabilarse, aquella dificultad para la comuni-

cación verbal que, como es sabido, caracterizan y dan nombre a la enfermedad. En los niños son raros los estados delirantes febriles que surgen en los adultos, acompañados de ansiedad, cólera, impulsos agresivos, etc., pero aparecen también.

Los lactantes con eczema constitucional, muchas veces de grado grave, cuyo prurito constituye un verdadero suplicio, y de los cuales habría que esperar, en consecuencia, un comportamiento correspondiente, son niños frecuentemente alegres, dispuestos a reír, animados, mientras que los lactantes con escorbuto (enfermedad de MÖLLER-BARLOW) llaman la atención, antes aún de que se comprueben por rayos X los síntomas óseos y periósticos, por una extraordinaria sensitividad al contacto, que hace el efecto, ante una observación poco cuidadosa, de tratarse simplemente de quejumbrosidad y poco aguante, mientras que se trata de la expresión del dolor a causa de pequeñísimas fracturas de trabéculas óseas y de hemorragias periósticas.

Los niños con comienzo de baile de San Vito (corea minor), que afecta con mayor frecuencia a las niñas que a los niños, llaman la atención muchas veces, antes de la típica inquietud motriz, a causa de su labilidad psíquica, su fácil distraibilidad, y también por su irritabilidad, hasta que la situación queda aclarada por aparecer los primeros trastornos motores en la letra, el trabajo manual, la mímica (lo cual, en ocasiones, mal interpretado aún, es motivo de que los niños sean reprendidos e incluso castigados). También es frecuente que aparezcan risa y llanto forzados como destacados síntomas de graves alteraciones psíquicas.

En casos raros pueden aparecer estados confusionales psicóticos. Cuanto mayor es el niño, tanto más graves pueden ser las formas que éstos adopten (KLEIST). En la edad prepuberal y en la puberal surgen cuadros que hacen pensar al que no es psiquiatra en esquizofrenias agudas. Los niños muestran alteraciones en la interpretación de lo que les rodea, afectivamente cargadas: los dibujos de la alfombra se convierten en rostros, los gabanes son personas, hablan con objetos existentes en la habitación, tienen alucinaciones ópticas y acústicas, se sienten

perjudicados, insultados, amenazados, torturados, perseguidos; ven pequeños animales, figuras terroríficas, oyen voces. Pueden llegar a estados de agitación, a agredir a los circunstantes, también a actos cleptómanos. El estado de ánimo oscila entre la sensitividad, la euforia desatada y la irritabilidad. En aquellos casos designados como de «corea mollis», en los que en tan primer plano se halla la hipotonía muscular, y en los que no surgen hiperquinesias, pueden existir, por otra parte, una absoluta falta de impulso y una apatía.

La diferenciación entre la corea minor (reumática) y la corea magna (psicógena) se logra muchas veces al enterarse de que en la vecindad existe algún caso análogo, que es de corea imitatoria. En esta forma faltan, por otra parte, la hipotonía, así como los soplos cardiacos, que en no pocas ocasiones existen en la corea minor, o la anamnesis reumática. Como es sabido, el nombre de «baile de San Vito» procede de aquellas epidemias de «danzantes» de la baja Edad Media. Puede ser difícil la diferenciación entre los casos más ligeros de corea minor y la «inestabilidad coreica» en forma de hábito ticoso. Mencionaremos únicamente la posibilidad de que surjan cuadros clínicos coreiformes durante la encefalitis, en especial, durante la epidémica.

Muy característicos son aquellos estados psíquicos que aparecen después de la crisis en las neumonías cruposas, y en los que el niño, que ya está limpio de fiebre, se torna acentuadamente gruñón, ensimismado, en actitud hostil y defensiva contra los que le rodean, como si estuviese en conflicto consigo mismo, como si padeciese bajo el peso de alguna íntima preocupación.

La conducta, desprovista de concentración, de los niños con idiocia mongoloide, la tendencia a comenzar a hacer alguna cosa y después otra, sin concluir ninguna, el interés que salta de un objeto a otro sin fijarse en ninguno, lo torpe de su modo de ser, unido la mayoría de las veces a bonachonería y disposición a dejarse conducir, lo cual se ve dificultado por el modo de ser saltón, son, junto con los rasgos corporales, tan característicos, que corresponden desde luego al diagnóstico

y a fundamentar el mal pronóstico en cuanto al desarrollo mental en su conjunto.

b) PSICOMAS HORMONALES DE LA INFANCIA. — Los psicomas hormonales corresponden también en la infancia a aquellos psicomas que son más característicos. El más conocido y frecuente es el del hipotiroidismo (mixedema), descrito ya en la primera parte de este libro.

Los niños, que en el momento de nacer aparecen como absolutamente normales, debido al suministro intrauterino de la hormona tiroidea materna a través de la placenta, llaman la atención más adelante (aparte de por la alteración de la piel, la cual se engrosa y relaja cada vez más, y de la lengua, la cual aumenta también paulatinamente de tamaño, así como de los restantes síntomas corporales), por una creciente «tranquilidad». Los padres afirman que su hijo «es muy bueno»; en realidad lo que sucede es que es indolente. Si no reciben tratamiento, estos niños no se desarrollan, no crecen, lo cual es, en ocasiones, el motivo de que se les lleve al médico. Este, no pocas veces, y en virtud de un reflejo psíquico de orden diagnóstico, los trata al principio como raquíticos (hace pocos años aún vimos una enana hipotiroidea de ocho años que hasta entonces había sido considerada como raquítica). Los niños, si no se les somete a tratamiento, permanecen en absoluto torpes, sumidos en una indiferencia plácida, no se les puede exigir nada que requiera una conducta inteligente, permanecen sentados horas enteras en un rincón, estúpidamente pasmados. En estas formas de mayor gravedad, el diagnóstico es bastante fácil.

Más difícil resulta en los casos más ligeros, que también en ocasiones, pero de ningún modo siempre, muestran una correspondiente y menor acentuación de los característicos síntomas corporales, de los cuales puede existir con frecuencia tan sólo el estreñimiento. Estos niños son de escaso desarrollo, pero no son «enanos»; llaman la atención por su tranquilidad, por una notable falta de interés, coincidiendo con una inteligencia que no es en modo alguno deficiente; por su falta de habilidad en el aprendizaje de capacidades técnicas o de exigencias de sencilla índole mental, y cuyo tratamiento específico es de los

más agradecidos que existen. Esto rige en especial para aquellos casos en los cuales se halla muy marcado el aspecto físico del mixedema, mas en los que la alteración psíquica no es muy profunda. Si el tratamiento se instaura precozmente, se convierten en sujetos corporal y psíquicamente normales, e incluso pueden hallarse notablemente dotados, mientras que otros casos de mixedema, a pesar de responder muy bien por lo que a los aspectos somáticos se refiere, defraudan por lo que respecta al desarrollo mental.

Frente a esto, la mayoría de los enanos hipofisarios que aparecen como tales después de los primeros años de vida son niños completamente normales desde el punto de vista mental, y en ocasiones (al igual de lo que sucede en los condrodistróficos), notablemente inteligentes y despiertos, incluso chistosamente ingeniosos, dispuestos a la broma, cuidadosos en sus actividades (en el juego, por ejemplo), y en realidad no sufren sino por las bromas de sus condiscípulos a causa de su corta estatura.

El cuadro clínico contrapuesto al hipotiroidismo, el BASEDOW, puede decirse que no se ve antes de la pubertad; así que no hemos de insistir sobre él.

Una alteración psíquica extraordinariamente grave la presentan los niños que padecen enfermedad de FEER (neurosis vegetativa, acrodinia, «Pinc disease», enfermedad de SELTER-SWIFT-FEER). A pesar de lo poco clara que aparece la causa primaria de la enfermedad y su localización dentro del complicado circuito constituído por el diencéfalo, el sistema autónomo y el sistema incretorio, el cuadro clínico puede agregarse, como hacemos aquí, a las alteraciones hormonales, ya que sus síntomas, al menos en gran parte, surgen por vía hormonal.

Los niños muestran en ocasiones un modo de ser tan poco infantil, gruñón, malhumorado, antipático, que se marca en la mímica y las actitudes del niño de una manera tal como sólo vemos en las enfermedades psiquiátricas propiamente dichas. Con la mirada sombría, el ceño fruncido, contemplando cuanto les rodea con ojos críticos y desconfiados, mostrando a veces rasgos agresivos, los niños permanecen sentados, casi inmóviles,

en el lecho, o yacen, a causa de la hipotonía muscular, apáticos y desinteresados de cuanto les rodea. Que esta actitud cambie, que aparezca de modo espontáneo o provocado la primera sonrisa en el niño, constituye un inconfundible signo de mejoría después de las prolongadas semanas de enfermedad.

A los psicomas hormonalmente determinados corresponden también, sin duda, las características psíquicas de las diversas formas de obesidad. La división que los libros de texto establecen entre formas endógenas y formas exógenas fracasa casi por completo en la práctica. En los obesos se establece precisamente, en no pocas ocasiones, un especial círculo vicioso: buen apetito, escaso impulso al movimiento, modo de ser bonachón y comodón, que evita toda actividad corporal intensa, aumento del acúmulo de grasa —sin que pueda afirmarse que una de estas cosas sea lo primario y las otras la consecuencia. Ya se ha dicho anteriormente que la distrofia adiposo-genital representa una grave alteración hormonal, en la cual se detiene el total desarrollo puberal con cuantos cambios psíquicos implica. Mucho más frecuente es una alteración del equilibrio endocrino, puberal, o también prepuberal, de carácter absolutamente benigno y transitorio: el gigantismo adiposo que aparece en ambos sexos, con acúmulos, a veces imponentes, de grasa, coincidiendo la mayoría de las veces con un tamaño corporal superior al promedio, pero con desarrollo puberal normal o algo retrasado y que se soluciona en un peso normal al llegar a la edad adulta.

> A consecuencia de la madurez algo retrasada (pero en modo alguno patológicamente retrasada), los genitales masculinos aparecen como «pequeños», infantiles, a causa del contraste con la masa total del cuerpo, hallándose además recubiertos en muchas ocasiones por el intenso acúmulo de grasa en pubis, lo cual puede dar lugar a un diagnóstico erróneo de hipogenitalismo, error que, dado el pronóstico que implica, acostumbra ejercer un efecto extraordinariamente deletéreo sobre la familia y sobre el propio niño.

Psíquicamente, estos niños muestran con frecuencia la con-
 ducta de los obesos, mezclada luego en variado mosaico con las

irregularidades psíquicas propias de la pubertad y con las alteraciones provocadas por las burlas que los camaradas del niño hacen acerca del volumen de éste.

> La enorme significación médica que posee la alteración psíquica de los años puberales, determinada por la entrada en el equilibrio hormonal, hasta entonces mantenido, de la secreción procedente de las glándulas genitales, se desprende de lo dicho en la primera parte de este libro.

El *niño diabético* no muestra, según nuestra experiencia, una alteración psíquica primaria y hormonalmente determinada. El hecho de que el género de vida forzado por la enfermedad, el cual es en realidad muy impropio de la edad infantil (dieta, inyecciones diarias de insulina), tenga consecuencias psíquicas si se prolonga el curso de aquélla, es algo que se comprende fácilmente. Aquí depende todo del modo como sepan conllevar la enfermedad aquellas personas más próximas al enfermo, de cuál es la actitud que dichas personas adoptan o de cómo reaccionan psíquicamente a dicha enfermedad. La alimentación «libremente elegida», que fué introducida por Stölte, y a base de la cual se establece la dosis de insulina, que permite que el niño se siente a comer con sus familiares y que lleve su vida infantil normal (excepto las inyecciones), ha hecho, según nuestra propia y muy amplia experiencia, un gran bien y ha contribuído a mejorar el estado de cosas. El hecho de que los niños diabéticos, a los cuales se prohibe tomar azúcar, tiendan a golosinear en secreto, y que ello transforme su modo de ser en el sentido de convertirlos en más embusteros e hipócritas; que haya de vigilarse la autoinyección de insulina en los niños mayores; que un diabético, que desea que se le dé de alta cuanto antes para abandonar la clínica, aprenda, ya de niño, a cambiar su orina por la del vecino de cama, o a «mezclar» la suya con la de éste, es algo que, con arreglo a nuestra propia experiencia, debemos mencionar. Son ejemplo de cómo las enfermedades crónicas son capaces de transformar paulatinamente el alma infantil y de hacer surgir rasgos que quizá no apareciesen en absoluto en estado de salud física, o que tan sólo lo hicieran ocasionalmente y en forma distinta.

En el *precoma diabético* los niños se vuelven caprichosos, poco amables; se muestran irritados; tienen pocas ganas de comer y de jugar; cansancio o fatiga fácil y somnolencia. El característico olor a fruta de la acetona es perceptible la mayoría de las veces como signo de la intoxicación ácida que comienza y a la cual son debidas las alteraciones psíquicas.

Mencionaremos de pasada que también los niños hambrientos muestran muy fácilmente el olor a acetona.

La hipoglicemia postinsulínica (en caso de insuficiente aportación de hidratos de carbono) se delata asimismo psíquicamente por fatiga y somnolencia, sensación de hambre, temblor y quejas acerca de sensación de mareo; también aparecen estados confusionales.

Con el empleo de la insulina en depósito, el curso total del estado es más paulatino.

Por otra parte, puede variar mucho el modo de respuesta psíquica individual a la hipoglucemia.

c) FARMACOPSICOMAS EN LA INFANCIA.—Los farmacopsicomas desempeñan en la infancia un papel mucho menos importante que en el adulto, ya que en estas edades acostumbra ser muy raro y se ve en muy escasas ocasiones el empleo de tóxicos como medio de placer. De todos modos, existen regiones en las cuales es aún costumbre emplear biberones mojados en aguardiente o «té de adormideras» como sedantes usados en lactantes y en niños pequeños, y en las regiones vinícolas se da también a los niños, y como bebida casera, mosto en todos los estados de fermentación. Apenas necesitamos insistir sobre el peligro que suponen tales usos. No se delatan, por regla general, mediante síntomas captables; pero el médico de familia que observa bien no dejará de ver indicios de ello en la vivienda o en el cuarto del enfermo, y el médico que ve al niño en su consulta no dejará de interrogar acerca de tales costumbres locales. De todos modos, existe una indicación única (que, sin embargo, es en ocasiones decisiva para salvar la vida del enfermo): el efecto euforizante del psicoma alcohólico en aquellos niños en los cuales hay que tratar un crup laríngeo.

Hay que recordar que en ocasiones se emplean infusiones de té o de café, como analéptico, en niños. Será mejor evitarlas en aquellos que estén excitados o en enfermedades en las

que todo aumento de la excitación psíquica acreciente el peligro propio de la enfermedad (difteria laríngea, neumonía en la tos ferina).

En la edad infantil se emplearán los sedantes con suma cautela, mayor aún que la que se precisa en la edad adulta, en la que en ocasiones puede crearse un hábito a los mismos.

> Afortunadamente son raras escenas como la siguiente, que yo he vivido en una Clínica muy conocida, y por otra parte muy prestigiosa: la enfermera de guardia, recorriendo la sala, cama por cama, provista de una bandeja repleta de cajitas y preguntando a cada enfermo:
>
> —¿Qué va a tomar usted esta noche?»
>
> A lo cual la respondían:
>
> —«Yo, dos tabletas de Allonal.»
>
> —«Yo, prefiero Sedormid.»
>
> —«Yo, voy a intentar dormir esta noche sin tomar nada.»

Hemos comprobado en ocasiones que el Optalidón (como ya hemos dicho en páginas anteriores), es un medicamento que no solamente alivia el padecimiento físico, sino el psíquico, en los niños, y que a veces, debido a su acción secundaria ligeramente euforizante, les ayuda a sobreponerse a las dificultades de adaptación a la vida del establecimiento.

d) Psicomas puramente funcionales en la infancia.—Existe una serie de cuadros clínicos que por una parte afectan a niños completamente sanos desde el punto de vista psíquico, sin que aboquen a enfermedades con alteraciones cerebrales orgánicas, y que por otra parte tampoco muestran relación alguna (o una relación muy escasa) con enfermedades generales, ni tampoco con alteraciones localizadas en órganos. Todo médico que se ocupa de niños debe conocerlos, para diferenciarlos de una cantidad de cuadros clínicos diferentes, los cuales pueden imitar aquéllos, conduciendo así a error. El psiquiatra, y sobre todo el psicopatólogo, conoce bien tales estados, a través del diagnóstico diferencial en su especialidad, sin que se trate en tales psicomas de entidades de naturaleza psiquiátrica propiamente dicha. En este sentido creemos que se halla justificada

aquí su breve descripción. Se trata esencialmente de cuadros clínicos que surgen, en forma accesional, como estados confusionales o enturbiamientos de conciencia y que llegan hasta la pérdida de esta última.

Aquí son necesarias algunas advertencias previas. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que en todos estos psicomas se plantea la cuestión de si se trata de una auténtica epilepsia genuína. Algunos estados de los que aquí mencionamos muestran una semejanza con el gran acceso epiléptico. Con respecto a esto hay que advertir que no se conoce un solo criterio unívoco para el gran ataque epiléptico.

Todos los signos que el médico tenía antes en cuenta para la diferenciación (y también el profano) fracasan aquí: rigidez pupilar, autolesiones, amnesia retrógrada, la prensión del pulgar, etc. En todos estos se trata simplemente de consecuencias da una profunda pérdida de conciencia. Surgen, por tanto, en cualquier caso en que se provoque esta última, aunque sea debida a otras causas. La valoración que antes se les otorgaba fué debida a tratarse de excelentes medios de diferenciación frente al segundo tipo de gran acceso, que entonces había que diferenciar especialmente de la epilepsia, es decir: el ataque histérico, que cursa siempre con una menor obnubilación de conciencia.

Se tiende cada vez más en la actualidad a considerar el gran acceso epiléptico como una consecuencia de espasmos vasculares, es decir: de alteraciones circulatorias en el cerebro y a ver en las alteraciones encefálicas demostrables en la epilepsia genuína las secuelas de estas repetidas y graves interrupciones circulatorias en el territorio cerebral o en ciertas partes del mismo. Esta consideración es de gran significado médico, en general, ya que hace, sin más, comprensible que todo trastorno de la circulación cerebral, debido a otras causas (no epilépticas), puede dar origen a un cuadro análogo. Así se da lugar en la obstaculización al riego cerebral, y según la magnitud de ésta, a modalidades de acceso de diversa intensidad, desde un ligero fallo, pasando por una leve obnubilación, durante la cual la función estática se halla aún conservada, unida quizá a un ligero estado confusional, y a través de la somnolencia y de la profunda pérdida de conciencia, hasta el acceso convulsivo tónico-clónico, con imitación «epileptoide» del gran acceso epiléptico.

Otra parte de los psicomas a que aquí nos referimos recuerda por su cuadro clínico aquellos estados, no bien esclarecidos aún, ni mucho menos desde el punto de vista patogenético, del «pequeño mal». El extraordinario polimorfismo del cuadro de estos últimos hace comprensible que todos los psicomas breves de esta clase, que cursan por accesos, deban recordar en ciertos aspectos a los estados confusionales u otros del «petit mal». Veremos, sin embargo, que esto apenas ofrece dificultades para el diagnóstico diferencial, si se atiene uno a los criterios que vamos a exponer.

Las convulsiones ocasionales en niños de todas las edades, pero en general en los de menos años, surgen al principio de una enfermedad infecciosa, con pérdida de conciencia, contracciones tónico-clónicas, a veces más acentuadas en medio lado del cuerpo, pero la mayoría de las veces, sin embargo, en ambos lados. Que surjan al principio (de aquí el nombre de «convulsiones iniciales»), ya inmediatamente antes de la subida de la fiebre, ya durante la misma («convulsiones febriles») es típico y característico. Que surjan inmediatamente antes de la subida febril, demuestra que esta última no se ha de considerar como la causa desencadenante propiamente dicha, sino como un síntoma paralelo. Es indiferente la naturaleza de la enfermedad básica que origina la fiebre; puede tratarse de una de las enfermedades infecciosas corrientes, de una infección gripal, una otitis media, etc. La duración puede oscilar entre pocos minutos y muchas horas. El pronóstico de las convulsiones es generalmente favorable, incluso cuando se prolongan de 12 a 24 horas, raras veces por más tiempo, y van seguidas por hemiparesias, lo cual no es demasiado raro, pero sí poco habitual. El pronóstico de la enfermedad base no se altera porque surjan tales accesos. Existen niños que tienden a reacciones de este tipo, que las presentan tres, cuatro o más veces durante la infancia, pero que desde ningún punto de vista, aparte de esto, se apartan de la norma, que no es preciso sean neurópatas o psicópatas, y que tampoco se desarrollan después de modo desfavorable. Lo que ha de tenerse en cuenta es la relación estricta con estados febriles.

Las ausencias que aparecen especialmente en lactantes ma-

yorcitos y niños de pocos años, más apenas en la edad escolar, se hallan caracterizadas por detención de la respiración, a veces, que con gran frecuencia es de efecto desagradable, sobre todo después de un susto, mas también después de un dolor o una rabieta («convulsiones afectivas respiratorias»). Los niños se ponen cianóticos, quieren gritar, pero no pueden, ya que cada movimiento respiratorio se suspende. La cianosis puede alcanzar grados muy considerables y va seguida no pocas veces por pérdida de conciencia con desplomamiento del cuerpo. En casos especialmente graves, pero de una gravedad que no afecta al pronóstico, la noxemia cerebral puede incluso conducir a convulsiones tónico-clónicas, de tal modo que en este estadio se constituye también el cuadro del acceso «epileptiforme». Sin embargo, también en estos casos resulta lo característico el desencadenamiento afectivo. La mayoría de las veces se tiene la impresión de que el niño se va a asfixiar, mas de pronto se resuelve la situación: el niño abre los ojos, fija la mirada durante unos minutos en algo situado ante él, y una honda inspiración indica que el peligro ha pasado.

En aquellos casos que evolucionan hacia los accesos convulsivos, el agotamiento del niño hace que se duerma, y así puede darse lugar a diagnósticos erróneos. Los accesos pueden seguir aisladamente, separados por semanas o meses, pero pueden aparecer también varias veces al día. En ocasiones, este curso puede reiterarse de tal modo, que es empleado por el niño como instrumento para lograr sus deseos y tiranizar con ello a los que le rodean. Se trata, desde luego, frecuentemente de niños con ciertos rasgos psicopáticos, pero en modo alguno de psicópatas propiamente dichos. El pronóstico es en absoluto favorable.

La conocida terapéutica consiste en un «contraestímulo» de carácter desagradable (palmadas, rociar bruscamente con agua fría, o amenazar, en ocasiones, pero todo esto cuando la conciencia se halla aún conservada o no está alterada de modo muy profundo). Las ausencias se diferencian del espasmo laríngeo del lactante con tetania por la falta del típico grito, producido en este último caso por el espasmo de la glotis y también

por la falta de síntomas de hiperexcitabilidad, aparte de que la tetania es hoy en dia muy rara más allá del primer año de edad.

En los epileptoides vasomotrices (ortostáticos) se trata de niños en edad escolar y de adolescentes, es decir: de niños en edad prepuberal y puberal, en los cuales aparecen estados de debilidad vasomotriz, con desmayo, que ocasionalmente termina incluso por convulsiones tónico-clónicas y que pueden ir seguidos por amnesia retrógrada. Pueden dar lugar a veces a autolesiones. Estos niños ofrecen también con mucha frecuencia signos de labilidad vascular (dermografismo, tendencia a sudar cuando existen tensión o excitación psíquicas, tendencia a ruborizarse o a palidecer, albuminuria ortostática, antes designada impropiamente como «lordótica»). El acceso aparece con más facilidad cuando el paciente permanece durante mucho tiempo de pie (sobre todo, en posición muy erecta) y también especialmente en locales colmados de gente, en salas de fiestas, iglesias o cuando cambia bruscamente la postura del cuerpo (al realizar las operaciones matinales de aseo) o cuando deben abandonar el lecho por la noche durante unos instantes. En este último caso aparecen con más frecuencia en el momento de regresar al lecho.

Naturalmente, después de estos episodios debe realizarse una investigación anamnéstica. HUSLER ha señalado el cuadro en 1921. Hace poco, PENDE ha comunicado casos de este tipo (los cuales se hallaban ya propuestos para la esterilización por habérseles diagnosticado de epilepsia genuina). Tales episodios son absolutamente inofensivos y desaparecen a lo sumo hacia los 30 años, la mayoría de las veces antes, y la personalidad queda completamente intacta.

Como espasmo rotatorio (mejor que de «espasmo» habría que calificarlo de «juego») se conoce desde hace tiempo la costumbre, que pertinazmente persiste en algunos niños durante meses o incluso años, de verificar durante el semisueño, o también durante el sueño, y en posición de decúbito supino, durante horas enteras, movimientos de rotación con la cabeza, o de balancear rítmicamente la mitad superior del cuerpo mientras se

permanece sentado en la cama. La magnitud de estos movimientos puede hacer trepidar de tal modo el lecho que los parientes que duermen en la habitación contigua se despiertan (en esto hay que tener en cuenta aquella especial atención que las madres dirigen, incluso durante el sueño, sobre sus hijos). Quien contempla a estos niños no es raro que llegue a percibir una sensación de vértigo, debido a la uniformidad y duración de tales movimientos. Se tiene la clara impresión de que para el niño se trata de una vivencia placentera, que no raras veces va unida a erecciones. Los impedimentos mecánicos y el cambio de postura durante el sueño no corrigen sino parte de los casos; en muchas ocasiones la costumbre es proseguida a pesar de todo. En el fondo, estos episodios carecen de importancia; tan sólo en aquellos casos rebeldes que perduran durante años es aconsejable un ligero tratamiento hipnótico.

En el «pavor nocturno» los niños (en su mayoría en edad escolar) se asustan durante el sueño, se incorporan en la cama; gesticulan aterrrorizados, excitados o ansiosos; murmuran unas sílabas, o también algunas palabras; gimen. Apenas se les puede dirigir la palabra, y a la mañana siguiente no recuerdan nada de lo sucedido. Los impedimentos a la respiración debidos a la postura durante el sueño, por una parte, y por otra a vivencias terroríficas anteriormente experimentadas (también narraciones, vivencias sexuales en el dormitorio de los padres, en el cual pernoctan los niños, mas también episodios sucedidos en la escuela, etc.) parecen favorecer tales estados, que han de incluirse en el sector de los sueños angustiosos, y que asustan como es comprensible, a los padres.

El sonambulismo (nictabasia, nictambulismo) constituye sin duda alguna una variedad de tales episodios y es un estado, relativamente conocido, durante el cual el niño o el adolescente abandonan el lecho mientras permanece dormido, recorre las habitaciones, a veces dando señales de ansiedad, otras tranquilo, para despertar, en no raras ocasiones, durante su camino o al cabo de algún tiempo de haber vuelto al lecho. No ha podido demostrarse la relación establecida popularmente por los profanos con las fases de la luna, así como la relación con esta-

dos crepusculares epilépticos, discutida intensamente hace unos decenios. Si se sorprende a un niño durante tales estados de pavor nocturno o de sonambulismo, debe evitarse toda tentativa de llamarles en voz alta, sacudirles o cualquier otro intento de despertarles bruscamente. Por el contrario, debe probarse a hablarles en voz baja, tranquilizándoles o consolándoles, poniéndoles suavemente la mano encima, acariciándoles y establecer así un «rapport» que se facilita por el estado de semisueño, sin sobresaltar nuevamente al niño.

Las ausencias múltiples (picnolepsia, que no debe confundirse con la narcolepsia) fueron descritas en 1906 por FRIEDMANN y constituyen el último de los psicomas que queremos reseñar aquí. Se trata de episodios breves, prolongados durante unos pocos segundos, de pérdida de conciencia, que en ocasiones son descritos por niños inteligentes de modo muy exacto, como «desaparición de los pensamientos». Los niños se detienen bruscamente durante la actividad que están desplegando, se quedan con la mirada fija en el vacío; de la taza o la cuchara que sostienen en la mano se vierte algo de contenido, sin que el objeto mismo caiga. La obnubilación es tan escasa y breve que incluso pueden seguir manteniendo posturas de equilibrio difícil (un caso de mi observación las padecía a veces mientras andaba sobre zancos, sin que llegase a caer); pero el niño se ve asaltado tan bruscamente por ellas que si se encuentra en la calle corre peligro de verse atropellado por un coche.

Junto a esta pérdida breve de conciencia, o faltan por completo los síntomas motores o surgen muy en segundo plano (puede haber pequeñas oscilaciones de la cabeza hacia atrás o hacia adelante, pequeñas sacudidas en manos). La falta de convulsiones propiamente dichas, de contracciones del cuerpo, de caída hacia adelante, etc. diferencia este tipo de accesos de otros pertenecientes al círculo epiléptico (movimientos de reverencia, etc.). Los accesos aparecen varias veces al día, en ocasiones acumulados (hasta treinta e incluso más veces); pueden perdurar durante meses o años, interrumpidos a veces por intervalos libres. Desafían cualquier terapéutica, para desaparecer un día tan bruscamente como sobrevinieron. El comienzo es casi siem-

pre durante la segunda mitad del primer decenio. El pronóstico es bueno en las cuatro quintas partes de los casos; los restantes se revelan más tarde como epilepsias; pero, sin embargo, se trata probablemente de casos indebidamente contados entre las ausencias múltiples, ya que existen casos parecidos de «petit mal», y quizás no se tienen en cuenta los signos motores, a cuya auténtica falta ha de atribuirse valor diagnóstico.

Existen sin duda otros tipos de accesos que podríamos enumerar aquí, pero se trata de cuadros clínicos en general muy raros, y tan poco esclarecidos aún que su inclusión no sería completamente justificable.

POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL

por el

DR. WILHELM WITTE

(*Profesor de Psicología de la Universidad de Heidelberg.*)

IX.—POSIBILIDADES CLINICAS DEL PSICODIAGNOSTICO EXPERIMENTAL

Cuando el médico no sabe, en ocasiones, qué valor psicológico ha de otorgar a una anamnesis; cuando no se halla, por tanto, muy seguro acerca de la capacidad de observación, de la fidelidad de los recuerdos o de la fantasía de su paciente; cuanse pregunta qué factores psicógenos son los que han podido entrar en juego, o también qué energías psíquicas de índole positiva ha de esperar que ayuden a su plan de curación; cuando recapacita acerca de todas estas cosas y busca una ayuda que le lleve más allá de lo que puede conseguir con su conocimiento directo del hombre, entonces resulta útil para él recordar que, incluso los psiquiatras, que han de ocuparse de síndromes psíquicos más complicados, tajantemente separados de lo normal y que, por tanto, son más extraordinarios, cuentan con medios (creados por KRAEPELIN y RORSCHACH) que acrecientan su capacidad de visión. Dichos medios (parangonables al microscopio y al telescopio en lo físico) aumentan la finura de la captación psicológica y permiten recoger detalles más finos de un cuadro psíquico o gradaciones más exactas de la capacidad de rendimiento, y con ello, quizás, diferenciaciones entre los cuadros clínicos, permitiendo su conocimiento «in statu nascendi» o en latencia. Mediante el experimento podemos estudiar el más breve proceso perceptivo (o de otra índole) en tanto que acontecimiento, en su génesis actual, a través de una presentación «aparativa» de un objeto (figura, signo, palabra, etc.), así por ejemplo en el taquistoscopio, durante algunas «sigmas» (milésimas de segundo).

Por iguales medios comprobamos asimismo los cambios más lentos verificados durante el ejercicio, la fatiga, la concentración, sometiendo al paciente a un trabajo uniforme y continua-

do (así, por ejemplo, realizar sumas) y registrando por medio del reloj la cuantía de trabajo realizado en intervalos iguales, o los intervalos empleados para realizar consecutivamente cantidades idénticas de trabajo, registrando todo ello en curvas de rendimiento.

Debemos al psiquiatra POPPELREUTER el cronómetro empleado para medir tiempos de rendimiento. POPPELREUTER lo construyó, más bien que con fines psiquiátricos, para enjuiciar en primer término los rasgos, no correspondientes al cuadro clínico propiamente dicho, de los traumatizados de cráneo, y después, y en general, los correspondientes a sujetos con capacidad de rendimiento limitada y también de los normales. Lo empleó en especial en estos últimos con fines de asesoramiento psicológico, y sobre todo de orientación profesional, es decir: para una finalidad que se le plantea constantemente al médico y que éste no puede resolver satisfactoriamente sin prestar atención a su aspecto psicológico.

Tales experimentos psicológicos no solamente interesan a todo clínico, de modo fundamental o accesorio, sino que también poseen interés como método que tiene un valor directo en la práctica cotidiana. Métodos tales se han acreditado no solamente en los establecimientos psiquiátricos o en los institutos para traumatizados de cráneo, sino también en la consulta del neurólogo y del psicoterapeuta, y permiten, por ejemplo, poner en claro la estructura funcional del inconsciente o de complejos reprimidos, sirviendo con ello al esclarecimiento experimental de la etiología de la neurosis. Así, por ejemplo, sucede con la prueba de asociación de palabras, en la cual el paciente debe responder a una palabra-estímulo con la primera palabra que se le ocurra, con lo cual, y en vista de la prolongación del tiempo de reación (relativamente al tiempo medio de respuesta) a una palabra-estímulo, o en vista de una palabra-respuesta que se aparta de lo normal (por ejemplo: en caso de asociaciones por consonancia), puede despertarse la sospecha de que tanto la palabra-estímulo como la palabra-respuesta constituyen elementos pertenecientes a un complejo reprimido u oculto, cuyos restantes elementos pueden ser descu-

biertos mediante análogas anomalías por lo que se refiere a otras palabras estímulo. Aquí vemos claramente la función desempeñada por el experimento con respecto a aquello que resulta susceptible de ser descubierto mediante la mera observación directa. En vista de tales resultados del experimento psicológico, existen médicos que, habiendo estudiado clínicamente correlaciones psíquicas presentes en tipos constitucionales, por ellos delimitados y diagnosticados desde los puntos de vista morfológico y fisiológico, han logrado deducir por medio de aquél más datos psicológicos de los que habrían podido recoger por mera observación directa.

Es decir: investigadores de la constitución como KRETSCHMER o Walther JAENSCH otorgan gran valor al experimento psicológico, por medio del cual pueden referir lo clínicamente observado a factores básicos y elementales. Así, KRETSCHMER lo ha utilizado con respecto al autismo y a la proporción psicoestética (entre hiperestesia y anestesia) y a la capacidad de escisión, con el fin de captarlos más precisa y finamente (1).

Así, pues, del seno mismo de la actividad médica han surgido experimentos psicológicos que se hallan al servicio de la clínica, pero que también han contribuído al progreso general de toda la psicología. Y, por el contrario, de los laboratorios de los institutos psicológicos han pasado a la clínica resultados experimentalmente obtenidos. En la misma prueba de asociación de palabras encontramos un ejemplo de cómo, a través del experimento, se fecundan mutuamente la psicología y la clínica. Introducida por WUNDT en la psicología experimental y utilizada en ésta, en un principio, con el fin de estudiar los diversos modos de reacción, así como la firmeza de las asociaciones, pasó más tarde, con KRAEPELIN, a la psiquiatría, empleándose al principio para la investigación general de la esencia de las llamadas «fugas de ideas» (con el resultado de que no se encontró en éstas la aceleración de asociaciones que se esperaba, y con ello, el síntoma se convirtió para KRAEPELIN en una manifestación parcial del impulso al movimiento, y en síntoma de excitación

(1) Véase E. KRETSCHMER, «Estudios sobre Psicoterapia», Morata, Madrid, 1951. (N. del T.)

motriz verbal). Mas adelante se empleó la prueba en el diagnóstico diferencial de la epilepsia genuina, en la cual (y en contraposición con la epilepsia sintomática) se prolongan demasiado los tiempos de reacción y se responde con frecuencia a distintas palabras estímulo con la misma palabra.

Paralelo a esto se mostró dentro de la psicología normal, un modo de reacción perseverativo, con un frecuente retorno, no sólo de la misma palabra respuesta, sino también de su tipo gramatical (por ejemplo: a un sustantivo sigue otro sustantivo) y del modo de su relación con la palabra estímulo (así, por ejemplo, la subsumción lógica). Otro aspecto de la prueba de asociación de palabras muestra su relación con la psiquiatría y el psicoanálisis: el reaccionar, propio de la esquizofrenia, mediante la formación de neologismos a partir de la condensación de otros vocablos, es decir de «complejos» de estos. Y a través del complejo tornamos de nuevo a la psicología normal, la cual, en sus aspectos forenses, pone al descubierto «complejos» delictivos mediante la prueba de asociación de palabras, ayudando así a desenmascarar al criminal.

Así no es de asombrar que dado este intercambio de resultados entre las diversas ramas diagnósticas, el psicólogo y el médico, en su colaboración en la clínica, el departamento de psicología o el domicilio del paciente, valoren en múltiples ocasiones los mismos síntomas experimentales desde sus respectivos y diversos puntos de vista. El neurólogo y el psicológico leen una misma curva de trabajo en una institución para traumatizados de cráneo y en la clínica neuropsiquiátrica; aquél piensa acaso en la posibilidad de una psicogenia o de una histeria, éste, en las características del tipo de trabajo (así, por ejemplo, desde el punto de vista de la orientación profesional), y ambos la ponen en relación con la fatiga, la constitución, etc. Los mismos momentos de la prueba de asociación de palabras que interesan al médico en su búsqueda acerca de la formación de una neurosis de órganos, adquieren significación para el psicodiagnóstico y la psicagogía (así, por ejemplo, en el sentido de un asesoramiento educativo) para reconocer, y, si es el caso, influir so-

bre fobias y tendencias, complejos de inferioridad e hipercompensaciones, fijaciones instintivas, sublimaciones, etc.

En la mayoría de los casos que ve en su consultorio, el psicólogo dispone tan sólo de poco tiempo para establecer el diagnóstico. A esto se debe la necesidad que siente de un proceder experimental que abarque los síntomas de modo rápido. El clínico dispone de mucho más tiempo y demora el tratamiento frecuentemente durante semanas, cuando no meses, prolongando el periodo de observación. Mas, como ha dicho POPPELREUTER en cierta ocasión, «el resultado de una observación prolongada es tanto más escaso y casual cuanto más uniforme es el ambiente en el que se instala al observado». De aquí lo infructuoso de la observación en clínica, ya que, según las circunstancias, el contacto directo entre médico y paciente no tiene lugar sino durante las visitas y ciertos acontecimientos especiales. En el experimento, precisamente, creamos aquel ambiente en el que deseamos instalar al paciente. Y así no hemos de esperar hasta que quizá, y por así decir, se aclare aquello que queremos saber desde el punto de vista psicológico, sino que estamos en disposición de averiguarlo en cuanto queramos.

I. LÍNEAS GENERALES DEL PROCEDER EXPERIMENTAL.—La situación en la que instalamos al paciente no consiste simplemente en una atmósfera más favorable que la que, por término medio, existe en el hospital, sino que es exactamente aquello que denominamos «condiciones experimentales» en toda ciencia experimental. Pues a partir de dicha situación acontece todo cuanto observamos entonces en el paciente y a ella debemos, pues, referirlo.

A guisa de ejemplo mencionaremos los experimentos acerca de la «saturación psíquica» emprendidos en el Instituto Psicológico de Berlín, en relación con las investigaciones sobre psicología del comportamiento y de los afectos (1). Los sujetos sometidos al experimento habían de realizar, después de habér-

(1) Anitra KARSTEN en «Psychol. Forschung» T. 10 (1928), Berlín. Una revisión de conjunto puede encontrarse en K. LEWIN: «Die Entwicklung d. exp. Willespsy. u. d. Psychotherapie» (Leipzig, 1929.)

seles dado la orden de trabajar «hasta no poder más», diversos trabajos, tales como coser, copiar, resolver acertijos, leer poesías en alta voz, trazar rayas. Así, en primer término, y al cabo de cierto tiempo, surge una tendencia a la variación: del grosor de las rayas, por ejemplo. Unido a esto aparece una desintegración de la forma: al repetir el sujeto la lectura de una poesía se altera el sentido de la misma; después dejan de tenerse en cuenta determinadas palabras, y por último, la poesía se convierte en una mera serie de vocablos. Surge un olvidarse, un equivocarse de palabras, un tartamudeo. En una última fase, una vez alcanzada la etapa de saturación, y si se obliga al sujeto a proseguir trabajando, se tiende a comportamientos que son producto de la impaciencia, a reacciones defensivas, a disculparse por medio de pretextos, a dar por ultimadas las cosas «pro forma» y con características de cortocircuito; así, por ejemplo, la primera plana es cubierta por rayas bien ordenadas, la segunda, tan sólo con unos pocos puntos y, animado por el deseo de «salir del paso» y concluir lo más rápidamente posible, la tercera plana es cubierta por una sola línea en zig-zag, extendida sobre todo el papel, realizándose así afectivamente el deseo de concluir. Ya antes aún de terminar, el paciente se queja de cansancio o de dolores musculares, lo cual merece crédito, ya que se afana visiblemente y no es de sospechar una simulación. Se trata, sencillamente, de que no puede trazar más rectas. Pero el fracaso no debe atribuirse tan sólo a agotamiento muscular, pues si se ordena al sujeto la misma tarea, pero diciéndole que ahora deberá rayar de un modo rítmico, la realiza impecablemente.

Vemos aquí de modo muy claro cuán necesario resulta tener en cuenta en qué condiciones ha surgido el proceso psíquico de la saturación. En general, aquí no puede hablarse aún de saturación. LEWIN hace también destacar que la gran diferencia individual, por lo que se refiere a prontitud de saturación, puede ser debida a que la especial modalidad ejecutiva que se emplea en el experimento en cuestión posea una significación completamente distinta para cada sujeto de la prueba, de modo que, en general, de la prontitud de saturación en una

prueba determinada no puede deducirse la saturación en otras distintas.

A la *situación* corresponde la totalidad del espacio circundante (la «atmósfera», en cuanto ambiente en que se realiza el experimento); todas las circunstancias accesorias (por ejemplo: las que pueden distraer de la realización; en el llamado «experimento de distracción» es buscada ésta por el diagnosticador); y, sobre todo, las características de la prueba como «examen» o «reconocimiento». A los ojos del paciente, al médico puede permitírsele que examine la capacidad de rendimiento, en tanto aquel considere dicho examen como necesario para establecer el diagnóstico preciso para su tratamiento; pero no así cuando se trata de la necesidad o no de conceder una renta. Si en el primer caso se somete el paciente de modo voluntario a la prueba, en el segundo ofrece una menor voluntariedad, que puede llegar hasta la simulación. Así, en el reconocimiento preciso para conseguir un puesto que se anhela, el paciente pone todo su empeño, llegando incluso a la disimulación (como es natural, nunca se deberá prejuzgar esto y siempre habrá de comprobarse, tomando en consideración y observando la actitud total).

Cabe organizar las cosas de tal modo que el paciente no se dé cuenta de que se le está examinando. GOTTSCHADT (1), por ejemplo, dejaba al paciente que había llegado a punto de saturación, solo en un cuarto, en el cual había, sobre diversas mesas, toda clase de material, el cual tenía en parte puntos de contacto con el empleado anteriormente por el sujeto, y en parte no los tenía, y así, con la distracción del paciente, suprimía la intensidad del «impulso a variar» sintomático de la saturación. El diagnosticador continuaba así manteniendo las condiciones experimentales, sin que el sujeto perdiese la conciencia de libre actuación (idéntica a la poseída en la vida real), y así GOTTSCHADT habla de un experimento «biótico» o de «acontecer experimental equiparable a las condiciones en la vida corriente», en contraposición al «experimento de laboratorio».

(1) «D. Meth. d. Persönlichkeitforsch. i. d. Erbpsychologie». Leipzig, 1942, pág. 133.

A la situación corresponde, por último, el momento en que tiene lugar la prueba. En primer término ésta no nos permite considerar sino el «status praesens». Si queremos, sin embargo, averiguar algo acerca de las «disposiciones» (ya sean durante el día o durante el año, durante toda la vida o con arreglo a la edad del sujeto), deberemos repetir la prueba en cuestión. De todos modos, si una prueba resulta ya adecuada con relación a una disposición, otra prueba también lo estará indirectamente, en cuanto logre demostrarse una correlación positiva óptima con respecto a aquélla. Aparte de este camino, metódicamente muy riguroso, en la práctica basta con seguir otro: otorgar valor práctico a una elevada correlación positiva de los hallazgos obtenidos por medio de un «test» con las observaciones realizadas durante años (especialmente en la escuela).

En el diagnóstico experimental se plantean dos cuestiones centrales: la referente a la clase y la referente a la intensidad de procesos o disposiciones. En las pruebas de saturación vemos por una parte sujetos que procuran dar todo el rendimiento que les es exigido; otros, por el contrario, que abordan la tarea planteada de modo más periférico, y ante los cuales hay que preguntarse si es que en realidad existe algún momento en que «estén hartos» del trabajo. Se demuestra que en estos últimos, la prontitud de saturación es muy escasa en relación con aquéllos. Las comprobaciones cuantitativas (como en este caso la prontitud de saturación) pueden realizarse, en contraposición a las puramente cualitativas, mediante comparación interindividual. Los respectivos valores se ordenan, con este fin, de modo sucesivo. Su representación gráfica da (como sucede por otra parte en el conjunto de las ciencias biológicas) una curva de Gauss (curva en campana, curva de frecuencia), en un grupo de prueba homogéneo. Otras curvas deben interpretarse como interferencias de dichas curvas de Gauss, e indican que el material de sujetos examinados se halla constituído por diversos tipos (siempre que supongamos que el número de sujetos examinados sea lo suficientemente elevado como para que el fraccionamiento de la curva total, según tipos, proporcione aún curvas de Gauss).

Denominamos «test» a un experimento que se halla fundado sobre la base de estos procedimientos de investigación y que resulta así adecuado como prueba experimental de examen y con el cual, por tanto, «podemos comprobar en un caso dado la disposición psíquica de una personalidad o una cualidad psíquica aislada de la misma» (según define el sistematizador de la psicología diferencial: WILLIAM STERN) (1).

Mientras que, aparte del experimento, deducimos frecuente y directamente cualidades a partir de la constitución, la fisonomía, la letra, etc., en el «test» no tenemos en cuenta sino los procesos desarrollados bajo las condiciones de la prueba, tales como las percibimos directamente en los movimientos expresivos o en las manifestaciones vegetativas, o deducimos síntomas a partir de los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, podemos comparar lo que sabemos acerca de rasgos esenciales del sujeto a partir del conocimiento que de él poseemos a través de un trato prolongado, con su actitud durante la prueba, y deducir así síntomas. Es esencial para el psicodiagnóstico que sea posible «establecer conocimientos, sujetos a reglas, acerca de correlaciones sintomáticas, lo cual hace posible una sintomatología general...; el hablar a golpes caracteriza una actividad que actúa hacia el exterior; el acúmulo de interjecciones al realizar trabajos mentales alude a un pensamiento emocional; todos éstos constituyen ejemplos de hallazgos sintomatológicos de índole general» (2). En ciertos casos especiales surgen, sin embargo, como se dice en un pequeño trabajo de BEEK acerca de la metodología de la clínica psicológica (3), formas de actividad tempranamente adquiridas «sin que se hallen en relación alguna característica con la crisis aguda de la personalidad o de la conducta, o con la esencia de la personalidad en general». Los rendimientos no poseen entonces la habitual significación diagnóstica; las pruebas pueden, por tanto, ser tan

(1) «Die differentielle Psychologie», 3.ª ed. Leipzig, 1921, pág. 87.
(2) M. SIMONETT, «Grundriss... d. charak. Diagnostik». Leipzig-Berlín. 1943, página 8.
(3) «Zeitschr. f. Psychol», T. 148 (1940), págs. 351 y sigs.

solo utilizadas para obtener síntomas de expresión psicológica.

Tan sólo, y brevemente, enumeraremos para el médico las más esenciales modalidades de relación entre síntoma y proceso psíquico, ya que son absolutamente paralelas a las existentes entre síntoma y enfermedad:

1) Existen procesos psíquicos que transcurren sin síntomas (por ejemplo, los pensamientos).

2) Diversos procesos se manifiestan a través de un mismo síntoma, es decir, éste puede ofrecer varios significados.

3) Existe una afinidad individual por ciertos sectores sintomáticos (la voz de una persona puede ser muy «expresiva» y su modo de gesticular serlo muy poco, mientras que en otras sucede lo contrario).

Mucho menos ambigua es la fatiga que se muestra en la saturación psíquica. Una prueba sobreañadida (la mayoría de las veces lo verifica otro síntoma, o varios, es decir: un complejo sintomático) reduce las posibilidades de interpretación. Otro sujeto, en cambio, enronquece al hacer la prueba del rayado, posiblemente (cosa que no pudo demostrarse) a causa de poseer una especial tendencia a la expresión verbal. KRETSCHMER expone la sintomatología expresiva en el reaccionar a «palabras-complejo» en la prueba asociativa (rubor o palidez, engatillamiento de los dedos, dejar caer objetos, y otros pequeños síntomas: cambios en la expresión del rostro, fallos del lenguaje y especialmente la llamada «risa relacionada con complejos»), pero añade después que no en todos los casos sucede así.

La consecuencia que se deduce de todo lo anteriormente expuesto es la de que deben tenerse en cuenta todos los síntomas que surgen durante la prueba. Facilitar técnicamente esta captación constituye, junto con la configuración de una situación apropiada y la interpretación de los síntomas, misión fundamental del experimentador. Remitimos al interesado por estas cuestiones al importante informe (importante por lo que respecta a los fundamentos y la aplicación práctica) de VOLKELT (hijo) acerca del acoplamiento rigurosamente sincrónico de pro-

tocolo y «film», que es relativamente poco costoso y que puede emplearse también fuera del laboratorio (1).

En resumen: en la aplicación de los tests debemos tener en cuenta los siguientes principios generales: mediante una observación, lo más completa posible, de los síntomas, intentaremos el logro de un cuadro total que se halle estrictamente relacionado, en primer término, con aquella situación que queremos conocer exactamente. La valoración que se establece luego mediante un investigar de las correlaciones halladas, permite deducir qué disposiciones (más o menos temporal, funcional y situacionalmente delimitadas) se hallan presentes. Así, por ejemplo, en aquellos sujetos que muestren una prontitud de saturación especialmente rápida, logramos averiguar algo más que este último rasgo, es decir: «que pertenecen a aquel tipo de personas que toman las cosas más bien de modo personal; que son más sensibles; que se sienten más fácilmente vulneradas en su yo» (2). Mas para el médico, tan importante como este diagnóstico acerca de la personalidad, es el menor síntoma de saturación, el cual constituye para el psicólogo tan sólo una etapa en el camino hacia la captación de lo psíquico, pero que médicamente considerado interesa como tal síntoma en sí, no solamente desde el punto de vista fisiológico, sino también a causa de su semejanza con aquellos fenómenos histéricos en que falla lo somático y que calificamos como «huída en la enfermedad».

II. Los diversos métodos de exploración.—Según cual sea la situación y según el modo de ser del individuo, habrán de entrar en juego procesos diversos. Si la situación, por ejemplo, provoca un sentimiento, habremos de preguntarnos con qué rapidez surge éste y cuál es su intensidad. Junto a la excitabilidad interesa el curso; así, por ejemplo, la persistencia. Pero muchas veces no queda todo reducido al despliegue de dicho sentimiento; incluso en la entrega completa a un deter-

(1) «Einige neue Methoden der Verhaltensbeobachtung n. Protokollierung». «Arch. f. d. ges. Psychol.», T. 91; 1934, pág. 229.
(2) Lewin, loc. cit., pág. 26.

minado estado de ánimo puede aparecer un ensoñar, un soñar despierto, es decir: una tendencia a representaciones y fantasías, y a través de ellas, los afectos se convierten en acciones. Podemos, pues, de acuerdo con esto, instalar al sujeto en unas circunstancias de las cuales sabemos que obran favoreciendo la respuesta afectiva. A esta investigación de los afectos, realizada por KURT LEWIN y su escuela, queremos referirnos en primer término (1). Vamos a ocuparnos, pues, de aquellos métodos en los cuales son provocados estados de ánimo, variables según la receptividad individual, mediante constelaciones específicas de estímulos, es decir: del «test» de WARTEGG y del de RORSCHACH, y de las variantes de los mismos. De todos modos, el valor diagnóstico de estos «tests» no se agota con ello, ya que nos informan también acerca de los modos de vivencia y de los intereses del sujeto, tan importantes desde el punto de vista del modo de obrar por parte de éste.

Podemos estudiar también este modo de obrar, en sí, mediante otros métodos. Podemos plantearnos la cuestión acerca de qué impulsos dominan en una persona cuando ésta se encuentra en determinada situación, por ejemplo: cuando está en compañía de otras personas. Respuestas a dicha cuestión han sido ampliamente dadas por los experimentos de LERSCH y STREHLE, sobre el valor sintomático de la mímica y el gesto. Asimismo nos proporcionan material referente a la dirección voluntaria de las actividades. Consideraremos también en especial las «situaciones de conflicto», con su pugna de motivaciones. Los experimentos de LEWIN acerca del comienzo de una acción explican el «momento decisivo» (el cual pone fin a la fase de reflexión y dominio del problema) y las manifestaciones consecutivas a la tendencia determinante de dicho momento, tales como las obsesiones o las satisfacciones compensatorias. Interesa, por último, el comportamiento durante aquellos actos cuya ejecución ha sido ya decidida, y en los cuales atendemos a cómo se realizan: si de modo firme y decidido, si interrumpidos por sentimientos y reflexiones, etc. Esto lo investi-

(1) «Psycholog. Forschung», t. 15, 1931.

gamos por medio de las pruebas de rendimiento, trabajo y reacción.

1) *Investigación de la vida afectiva.*—Como ya hemos consignado, podemos ver descargas afectivas cuando la sobresaturación es muy intensa. Lo fundamental para la técnica de la prueba es analizar lo que tienen de común tipológicamente las diversas situaciones en las que surge, en la vida, un determinado afecto, con el fin de elaborar una situación experimental a ellas correspondiente, si es que deseamos investigar la excitabilidad afectiva. Así, por ejemplo, TAMARA DEMBO (1), investigando el enojo, ha encontrado como característica de las situaciones que lo producen, lo siguiente: «ante una finalidad perseguida por el sujeto se alza una barrera de dificultades (barrera interior). Junto a ésta se constituye, debido a determinados motivos, una barrera exterior que limita la libertad de movimientos del paciente y le obstruye el camino de retorno desde la situación experimental, a la de la vida habitual». (Loc. cit., pág. 142).

Uno de los experimentos consiste en lo siguiente: el sujeto (que no se halla informado acerca de la finalidad de la prueba) penetra en la habitación; se le llama la atención acerca de dos botellas que se encuentran sobre una mesa y recibe 10 anillos de madera de 15 centímetros de diámetro, con la orden de ejercitarse hasta hacer pasar los diez anillos a través del cuello de la botella, arrojándolos desde una línea de tiza marcada a 3,5 metros de la mesa. La tarea es prácticamente insoluble, pero el sujeto no lo reconoce así en un principio, y comienza la prueba. El explorador recoge de encima de la mesa los anillos que falla el paciente mientras los va arrojando, y los que caen al suelo, una vez arrojados los diez anillos. La prueba puede desarrollarse de las maneras siguientes: los primeros fracasos dan ya lugar, a veces, a exclamaciones airadas por parte del sujeto. Pero en general, éste considera los primeros anillos que arroja como un ensayo. El sujeto se halla aún ocupado con el descubrimiento del método correcto, y por tanto

(1) En «Psycholog. Forschung», t. 15. 1931.

no surge aún una respuesta afectiva. Pero después comienza a molestarle el ruido que hacen los anillos fallidos al caer al suelo. Ya que los lanzamientos no mejoran, el sujeto se pone intranquilo, da vueltas, acelera el ritmo de la ejecución, altera el objetivo del lanzamiento o espera incluso durante unos momentos. Si el número de aciertos no aumenta a pesar de ello el sujeto se vé situado al borde de su capacidad de rendimiento y siente ganas de abandonar la prueba. Varía individualmente el tiempo durante el cual logra dominarse.

Surge así una situación de alta tensión, la cual constituye el terreno sobre el que aparece la explosión afectiva propiamente dicha, para la cual es necesaria, por regla general, que se sobreañada una presión (por ejemplo: un «casi» éxito, mientras que otros sujetos se alegran, por el contrario, de haber estado tan próximos a aquél). El umbral, tanto con respecto al comienzo del estado afectivo base como con respecto a la descarga afectiva, varía individualmente. Aquellos sujetos en los cuales no surgen en absoluto durante la prueba afectos intensos, permanecen abiertos para el mundo exterior en sus estratos psíquicos más superficiales, mientras que los más profundos permanecen inconmovibles o no participan. También es muy diversa la duración del estado afectivo.

Para la clínica, y por lo que se refiere a la formación de neurosis (en el caso de ciertos afectos, como la ira, pensamos especialmente en los momentos psicógenos complementarios de la úlcera gástrica y duodenal, así como en la diabetes), tiene importancia el conocimiento, tanto de la excitabilidad afectiva en general (es decir: la constitución de un estado afectivo fundamental), como la tendencia a la descarga, y con ello, y según las circunstancias, a una abreacción, y por último también la persistencia del acontecer afectivo en el caso individual. Pruebas tales como la anteriormente descrita son en absoluto realizables dentro del ambiente hospitalario (siempre, como es natural, que le sea permitido al médico despertar respuestas afectivas de esta índole en un paciente). Puede acaso presentarse la prueba como un juego, como una distracción, o como una exploración de la motilidad. Mas en gran número de casos es-

tán de sobra experimentos de este tipo (para cuyo estudio detallado remitimos a la literatura correspondiente). Al médico, lo que más le interesa sobre este particular es la enfermedad afectivamente generada. Si esta última puede referirse al hecho de haberse hallado sometido el paciente durante largo tiempo o con mucha frecuencia a situaciones de idéntica e insoluble topología, el médico puede enterarse de ello por medio de la anamnesis. Si, por el contrario, ha de referirse al umbral afectivo, éste radica con mucha frecuencia en aquella afectividad básica habitual y peculiar de aquellos sujetos que transportan consigo permanentemente una tal situación insoluble, es decir: de aquellos que son muy impresionables y que por ello (y según un axioma psicológico) se hallan necesitados de expresión, pero son poco capaces de manifestación, es decir: de aquellos sensitivos en los que esta desarmonía «da fácilmente lugar a estancamientos afectivos, que adoptan después la forma de represiones, es decir: de formación consciente de complejos» (1). La rigidez expresiva es fácil de reconocer. Por otra parte, esta variante hiperestésica del tipo esquizotímico, descrita por KRETSCHMER, debe mostrarse de modo especialmente claro en aquellos experimentos que hacen destacar el tipo esquizotímico medio, experimentos realizados dentro del marco del diagnóstico experimental de los tipos, y sobre los cuales hemos de volver más adelante.

2) *El «test» de* WARTEGG.—El significado diagnóstico de la serie a la que corresponden los experimentos de KARSTEN y DEMBO, se demostró después de haberse comprobado su topología desencadenante de afectos. Por regla general, en el sujeto examinado aparece un afecto en tales situaciones, aparte de todas las diferencias individuales en cuanto a excitabilidad, persistencia, etc. Otras situaciones distintas de las anteriores despiertan, por regla general, cambios de humor. En la vida sucede esto con frecuencia al darse determinados estímulos sensoriales, por ejemplo: colores, tonos, olores, etc. Junto a aquellos estímulos, que casi de un modo irresistible despiertan

(1) KRETSCHMER: «Psicología médica», pág. 194 (9.ª edición alemana).

cambios de humor o estado de ánimo, aparecen otros, a los cuales no responden con cambios de humor sino determinadas naturalezas (o sujetos); así sucede, por ejemplo, con las líneas que constituyen el estímulo en el «test» de WARTEGG.

> Son sucesivamente presentados ocho pequeños cuadrados de papel, sobre los que aparecen dibujados signos, en su mayoría líneas; uno de ellos consiste tan solo en un punto y otro en un pequeño cuadrado negro. El papel se coloca sobre un cristal mate, a través del cual se ilumina, y que se halla en un pupitre. Este se encuentra aislado mediante una cortina, de modo que el sujeto examinado debe concentrar su atención sobre la superficie iluminada. Se dice al sujeto que los signos que ve sobre los papeles son dibujos iniciados, que él deberá completar y concluir, hasta que considere el resultado como satisfactorio. Se le advertirá que no debe preocuparse por hacer el dibujo más o menos perfecto, ya que no ha de valorarse según el arte con que esté realizado.

Estas premisas adquieren un determinado valor psicológico objetivo con respecto al estado de ánimo, a causa del contenido expresivo de los signos (por ejemplo: la ondulante sinuosidad de una línea serpenteante, o la tensión de una recta dirigida hacia arriba y la derecha e interrumpida por una perpendicular a ella), así como por el efecto «atmosférico» de la iluminación. Vistos desde el lado psicológico subjetivo, encontramos, junto a planeamientos dependientes del estado del humor (así, por ejemplo, la línea ondulada origina «una sensación de balanceo, y despierta un agradable sentimiento que perdura hasta el final de la realización del dibujo», como decía un examinado (1), otros fantásticos, más inmediatos, no brotados a partir de un humor (y así, otro sujeto dice: «al contemplar las dos rectas perpendiculares entre sí, se me ocurrió de repente: faroles tumbados y una bandera roja... la revolución») y además otras realizaciones de índole simbólica y expresiva (pero no correspondientes a la situación subjetiva del humor), y junto a todas éstas, designadas por WARTEGG como «vivencialmente determi-

(1) Ehrig WARTEGG: «Gestaltung und Charakter», Leipzig, 1939. pág. 14. (Los protocolos a que hacemos referencia aparecen en las págs. 17 y 21.)

nadas», otras más adheridas a objetos («al mirar las tres verticales pensé inmediatamente en postes o faroles»), o más bien abstractas-ornamentales (la línea serpenteante se completa en un signo de infinito), puramente formales. Por último, aparecen realizaciones asociativas, en las cuales surgen diversas representaciones de cosas, una tras otra, y en las que el examinado no alcanza sino lentamente una conclusión definitiva.

En esta última modalidad de solución se muestra ya durante la fase interpretativa o de planeamiento la génesis propia y actual de la configuración. Ya que dicha fase es, con respecto al determinar de la configuración, y funcionalmente, tan sólo un primer paso en la tarea de completar el dibujo, no es extraño que las diversidades tipológicas del modo de planear se hallen en la más estrecha correlación con aquellas variedades correspondientes al curso de la configuración: el tipo que planifica de modo determinado por vivencias tiende al «desarrollo»; el tipo que lo hace determinado más bien por los objetos, a un auténtico plan. Aquél vive la realización del dibujo como un crecimiento autónomo; éste posee la conciencia de vencer resistencias en el camino hacia un logro del fin perseguido. Allí se concreta una dirección, un sentido más general, desarrollándose así acaso una dinámica, vivida de modo general, en un proceso dramático, o bien una cualidad expresiva general se convierte en una fisonomía determinada, que adquiere precisamente tal expresión. Aquí, por el contrario, se busca conscientemente algo, un adorno o un ornamento, del cual constituye precisamente una parte el signo dado, parte que se completa mediante agregación de otras hasta que todo quede bien adaptado dentro del marco constituído por el cuadrado. Frente a aquella manera de planear y configurar de un modo total, que fluye del inconsciente, se sitúa esta otra, dirigida mediante la voluntad de una manera continuada, menos general, más detallista. Este contraste entre lo emotivo-imaginativo y lo voluntario intelectivo, se encuentra también en el movimiento (considerado éste como expresión) del modo de representar, el cual es interpretado diagnósticamente como se hace en grafología. El tipo vivencialmente determinado tiende a lo lleno, pastoso, a la fluencia lineal. El

determinado por la voluntad y por los objetos concretos, a lo recto, rígido, regular.

> Ambas actitudes polares: la determinación por vivencias y la determinación por objetos se diferencian en otras cosas. Dentro del marco de una estructura predominantemente emotiva, se encuentran, por ejemplo, sujetos sensibles y sujetos impresionables. Esta última variedad, extrovertida, interpreta de acuerdo con el humor y la intuición plásticos («El cuadrado negro hacía una impresión tan sombría, tan peligrosa, y entonces se me apareció de repente como si fuera la oscura ventana de una prisión, en medio de una escena de aventuras: de huida, persecución, peligro») (loc. cit. pág. 23).
>
> También interpreta en ocasiones de modo fantásticamente animado: las figuras son consideradas de manera muy varia, desde muchos aspectos, pero poco exactamente. La variedad introvertida, por el contrario, interpreta de acuerdo con el estado de ánimo o de un modo expresivo-cualitativo; los signos (sobre todo los delicados, redondeados) son vividos de modo persistente. La configuración se desarrolla allí de manera orgánica, aunque algo saltona; aquí, de un modo lento, con un convencimiento en el desarrollo de las formas por sí solas.
>
> El resultado en las primeras consiste en soluciones por imágenes plásticas, próximas a la vida, dotadas de motivos esencialmente flexibles y dinámicos y característicamente fisiognómicos. En las segundas, las soluciones son expresivas, no objetivas, más delicadas, no dinámicas (por ejemplo: simbolizaciones abstractas de oscilaciones psíquicas, de acontecimientos vitales, etc.) y consisten en dibujos saturados de afectividad.
>
> En el modo de representar propio del tipo impresionable se observa, por último, una repleción de la superficie y una mayor laxitud de líneas (falta de clausuración en los contornos); en el tipo sensible, la presión al dibujar las líneas es débil, pero expresivamente delicada. De manera análoga se diferencian los otros tipos y los complejos sintomáticos de su actitud ante la prueba.

Desde el punto de vista caracterológico resulta importante el que no se tenga tan sólo en cuenta la diferenciación de la personalidad, según dominantes cada vez más estrictas, sino asimismo el modo y el grado de estructuración, esto es, el juego coordinado de las funciones. Así, por ejemplo, en el impresio-

nable «puede existir una tendencia a la sensibilidad que haga destacar toda la gama de rasgos caracterológicos de índole sentimental-social (compasión, cordialidad, deseo de amparar y de cuidar, espíritu de sacrificio, camaradería). El emotivo-sensible se halla, por tanto, especialmente dispuesto para aquellas profesiones, tanto femeninas como masculinas, que se basan en el contacto social (médico, maestro, enfermera, etc.) (Loc. cit., página 144).

> WARTEGG insiste en su libro acerca de la aplicación de su «test» desde el punto de vista de la psicología de las aptitudes, para lo cual no solamente le ha servido su experiencia durante ocho años con el empleo del mismo (sobre todo en el «Instituto Psicológico» de la Universidad de Leipzig) y el material procedente de 128 sujetos de las más diversas profesiones y edades comprendidas entre los 18 y 70 años (material que constituyen la base de su libro); sino sobre todo la aplicación de la prueba en 400 casos en los que se planteaba la cuestión referente a la necesidad de un cambio en la orientación profesional, y en 450 exámenes de aptitud en la Oficina de Trabajo. En este género de problemas, WARTEGG posee una especial experiencia dada su calidad de psicólogo agregado a dicha Oficina.
>
> En todo momento puede plantearse al médico el problema de marcar una orientación profesional en determinados casos. Para ello puede encontrar ayuda en la obra de WARTEGG, así, por ejemplo, con respecto a las profesiones de electricista, mecánico especializado, óptico, arquitecto, ebanista, decorador, camarero, vendedor, cerrajero, herrero, etc.

Para el médico reviste en general menor interés el conocimiento de las dominantes psíquicas que la consideración del equilibrio psíquico y de sus alteraciones. Una formación práctica, exclusivamente unilateral, en el sentido de una de las diversas funciones psíquicas, supone algo fragmentario. No sucede así si se trata de la acentuación de una función, mientras las otras permanecen en equilibrio. En los sujetos muy «complicados» debemos preguntarnos asimismo, y en primer término, si es que se trata de un juego coordinado y dirigido, o tan sólo de una coexistencia casual. Así, por ejemplo, factores volitivos pueden apoyar a otros de índole emotiva, o bien frenarlos, o

interiorizarlos (introvertirlos), etc. Allí donde las tensiones entre las diversas funciones degeneran hasta convertirse en contraposición inarmónica entre las mismas, puede surgir un foco neurótico.

En la figura 149 de su libro (pág. 248 y sigts.) muestra WARTEGG el resultado de una prueba en la que aparecen dibujos determinados en absoluto por vivencias junto a otros determinados, también en absoluto. por objetos. Los dibujos sentimentalmente finos son mezcla de geometría racionalmente fría y de fantasía.

El que el sujeto examinado designe sus fantásticos dibujos como «reminiscencias desagradables de un confuso mundo onírico», conduce a WARTEGG al diagnóstico de «inquietud vital en una personalidad carente de afectos y racionalmente inhibida» (ya que faltan toda clase de síntomas impulsivo-instintivos). La exploración general confirmó tal diagnóstico: el sujeto, de constitución delicada, «cerebral», presentaba estados de ansiedad nerviosa, los cuales se esforzaba en vano por compensar mediante una actitud forzadamente racional.

Cuán esencial es reconocer si un rasgo (en este caso el racionalismo) es solamente compensador o si se trata verdaderamente de algo fundamental, se muestra más tarde en las posibilidades terapéuticas; mediante una psicagogia se liberó al sujeto de su actividad negativa respecto al propio modo de ser, tierno en el fondo, y cesaron los síntomas neuróticos.

Frente a unas conclusiones tan amplias, deducidas de los resultados de los «tests», se recordará lo dicho acerca de la vinculación existente entre actitud y situación. WARTEGG comunica los experimentos de control que le han permitido convalidar su prueba (1), por medio de la que se pueden obtener tan excelentes resultados. Dichos medios de control consisten, en primer lugar, en otros «tests» proyectivos y también en experimentos dirigidos a enfocar selectivamente las funciones que entran en juego en la prueba, por ejemplo: el pensamiento, mediante «tests» de inteligencia; la voluntad, mediante pruebas de trabajo, y finalmente otros factores mediante análisis

(1) Entre estos se cuentan el «test» de interpretación: un RORSCHACH modificado, y el «test» narrativo: un paralelo verbal al «test» de dibujo. En el «test» narrativo, el sujeto debe concluir una narración cuyo comienzo se le refiere. Véase R. BÖNISCH: «Uber den Zusammenhang seelischer Teilstrukturen», en *«Neue psychol. Stud.»*, T. 15, fasc. I. Munich, 1939.

de la voz, la letra, la mímica y la motórica, así como de la curva vital.

Es evidente que WARTEGG ha logrado captar, de modo amplio, funciones independientes de la situación. Quedan, sin embargo, ciertos factores inciertos que el autor también menciona. Así, por ejemplo, algunos sujetos muestran resistencia frente a la prueba, y los resultados así obtenidos no pueden valorarse, como es lógico, igual que los procedentes de otros individuos. Debe ser advertido, ante todo, que una función, en general dominante, puede no aparecer en una determinada situación. Por ejemplo: una persona que generalmente se mantiene interesada por cuanto la rodea puede no mostrar interés hacia un determinado aspecto de la vida, a causa de ciertas circunstancias. Esto sin embargo puede no lograrse reconocer por medio del «test». Desde luego no se trata de un «test» universal, y sus resultados requieren ser completados mediante otras pruebas. Si se tiene esto en cuenta, la prueba puede prestar excelentes servicios en clínica, en aquellos casos en que sea el mismo paciente quien desee se le practique un psicodiagnóstico, movido acaso por el interés de una orientación profesional o de una psicoterapia, o al menos, cuando una vez que se le ha propuesto la realización de la prueba, aborde ésta gustosamente, de modo tal que no ofrezca resistencia a ella.

3) *El «test» de* RORSCHACH.—También en la prueba de RORSCHACH es el material ampliamente interpretable. Se trata de diez manchas de tinta, las llamadas «clecsografías» (Justinus KERNER), sistemáticamente distintas entre sí, como sucede con los dibujos iniciados en la prueba de WARTEGG. No podemos adentrarnos más detalladamente en la descripción del material. Se presentan las láminas al sujeto, al tiempo que se le pregunta: «¿Qué podría ser esto?» (1). Sin embargo, mien-

(1) Para la técnica de la prueba, en detalle, remitimos a la publicación original: Hermann RORSCHACH: «Psychodiagnostik», 3.ª edición. Berna, 1937 (existe traducción española). Las láminas se venden aparte. Para iniciar al estudio del «test» son recomendables también: Ernst SCHNNEIDER: «Psychodiagnostiches Praktikum», 2.ª edición ampliada, Leipzig, 1947, y el libro de KLOPFER y KELLEY: «The RORSCHACH Technique», Yonkers on Hudson, Nueva York.

En castellano, y aparte de la ya mencionada traducción de la obra original, recomendamos el manual de José SALAS: «El psicodiagnóstico de RORSCHACH». Ediciones Morata, Madrid, 1944, y el de F. PASCUAL DEL RONCAL: «Teoría y práctica del psicodiagnóstico de RORSCHACH», The University Society Mexicana, S. A. México, 1949. (N. DEL T.)

tras que el «test» de WARTEGG deja una extraordinaria libertad desde los puntos de vista de la interpretación y de la vivencia (cuya diferenciación individual puede afirmarse más aún en la realización consecutiva), ya que el material de la prueba muestra tan sólo características de signos, las láminas del RORSCHACH, con sus superficies mucho más repletas, se hallan tanto más predispuestas a que se vean en ellas multitud de cosas. En todo caso, el «completar» no es aquí, a diferencia de en el WARTEGG, sino una parte del proceso de reconocimiento. En las preguntas que se dirigen al sujeto al iniciar ambos «tests», es decir: «¿Qué se puede hacer de esto?» (WARTEGG) y «¿qué le recuerda esto?» o bien «¿qué es lo que ve Vd. aquí?» (RORSCHACH), se distingue fácilmente que corresponden o se dirigen a la captación de dos distintas «formas de vida»; en el WARTEGG a la que hace y opera; en el RORSCHACH a la que reconoce, comprende, interpreta (1).

Esto no quita, sin embargo, para que el «test» de RORSCHACH sea en primer término una prueba perceptiva pura, poseyendo, por tanto, una menor amplitud que el «test» de WARTEGG. Mas, aparte de que el rendimiento exigido en el RORSCHACH, es decir, la equiparación de la imagen vista y del caudal mnémico, presuponga, junto a factores puramente visuales, otros de índole asociativa, reproductiva, aperceptiva e intelectiva, y de que, por lo tanto, sea comprensible, desde el punto de vista analítico-funcional, que existan elevadas correlaciones positivas entre determinadas categorías del «test» y la inteligencia, aparte de todo esto, la percepción, como es sabido por psicología general, se halla influída también por momentos afectivos. Esto puede aprovecharse desde el punto de vista diagnóstico, deduciendo indirectamente la afectividad a partir de los hallazgos perceptivos. Sabido es, por ejemplo, que al aumentar una depresión surgen «vivencias de extrañamiento»; lo percibido aparece como distinto a lo que de ello se recuerda a partir de anteriores percepciones. De acuerdo con esto, los sujetos depresivos buscan en las láminas del RORSCHACH aquellas formas que co-

(1) Véase la disertación de Bernhard WOLFGANG. en Heidelberg (1948): «El tipo humano artístico y el tipo humano científico a la luz del «test» de Wartegg.»

rresponden lo más exactamente posible a un «engrama» perceptivo, e incluso las designan entonces como mera semejanza. Por el contrario, cuanto más se aproxima el humor básico, a través del estado alegre del ánimo, a lo maníaco tanto más se tenderá a hacer valer como percepción la más vaga forma.

RORSCHACH encontró en sus experimentos dos correlaciones, que hoy en día no aparecen etiológicamente como muy claras:

a) Entre la estimulación de la afectividad y la de la motilidad, por una parte (correlación parcial que también aparece como evidente desde el punto de vista de la psicología de la expresión) y el número de las interpretaciones basadas en el color, por otra. Por ejemplo: la interpretación de manchas azules como «cielo». Cuanto más intensa sea la excitabilidad afectiva, tanto más numerosas serán las interpretaciones cromáticas. Este dato quizá se halle relacionado con el valor estimulante del color, ya conocido a través de la psicología general, de lo cual se hace amplio uso en psicotecnia.

b) Entre elaboracón interior (ocurrencias, discursividad, etcétera) y el número de las kinestesias interpretadas. Ya que la motilidad es capaz de inhibir las kinestesias, éstas se hallan en razón directa con la estabilidad motora y afectiva.

Junto a este factor estabilizador, que surge de lo emocional (y que conocemos por la psicología general como «dimensión profunda» frente a la intensidad de los sentimientos y que además posee su correlato en grafología) surge también en el RORSCHACH el factor noético, en relación con el número de formas bien vistas. Aquello que RORSCHACH destacó como un momento más, entre otros, en su prueba, ha alcanzado características de plena certeza durante el cuarto de siglo consecutivo a la muerte del creador del «test», debido a experimentos orientados al enfoque de dicho momento, es decir: la concentración sobre las formas es característica de una perseveración relativamente intensa.

Con ello consideramos expuesto lo más esencial para la comprensión de la rica sintomática del «test» de RORSCHACH.

De importancia clínica es sobre todo el síntoma representado por el «choque cromático» en aquellos sujetos que repri-

men sus afectos: en el instante en que se presenta la primera lámina cromática «aun cuando la prueba haya venido realizándose hasta entonces de un modo normal, se quedan de pronto perplejos y manifiestan, con asombro o enfado, que la interpretación de las láminas cromáticas les es más difícil que la de las acromáticas».

En aquellos sujetos que dominan su afectividad, por el contrario, se observa tan solo una disminución en la cuantía de las interpretaciones. Por otra parte muestran predilección hacia las figuras azules y verdes, y evitan de modo notable las rojas. Por otra parte, el neurótico obsesivo reprime las quinestesias y con ello toda su intimidad sentimental, en general, la cual se halla bajo el constante control de la conciencia vigil, no interpretando las quinestesias sino después de dar una considerable cantidad de puras respuestas formales (a diferencia del pedante falto de humor, el cual distingue tan solo formas bien destacadas).

RORSCHACH, en los tiempos que precedieron de modo inmediato a su prematura muerte, encontró especiales respuestas de contenido, a las que atribuyó un significado psicoanalítico. G. A. ROEMER ha creado, por su parte, una serie de láminas con la intención de «ofrecer, por medio de una configuración clara, casi artística, de las mismas, un estímulo lo más vívido posible con respecto a representaciones inconscientes, y de ofrecer con ello a dichas representaciones posibilidades lo suficientemente amplias, es decir: una «polivalencia», que habría de ser de hecho lo suficientemente blanda, como una cera en la que pudiera imprimirse el especial modo de ser de toda individualidad» (1).

Ante palabras tan prometedoras se comprende que haya de ser esperada con interés la publicación de su «test simbólico», tanto por lo que se refiere a los fundamentos del mismo como a la correspondencia sintomática de los símbolos.

Algunas innovaciones de ROEMER no se hallan desde luedo ligadas a la utilización de su «test simbólico», y son dignas de mencionarse:

1) La «técnica de campo obscuro»: «el paulatino surgir de imágenes a partir de una absoluta obscuridad, es un fenómeno que fija en alta medida el inconsciente.

El especial estado oscilante entre la espera y la intuición

(1) G. A. ROEMER: «Vom RORSCHACH Test zum Symbol Test», Leipzig, 1939. Véanse también las observaciones de MORGENTHALER en la «Zentralblatt f. Psychotherapie», t. 15, págs. 20 y sigs.

no resulta solamente muy adecuado para evocar imágenes del inconsciente, que de otro modo, permanecerían herméticamente encerradas en éste.

Se trata también, al mismo tiempo, de una especie de estímulo del carácter, que hace que se manifiesten precaución, desconfianza, sentimientos de inferioridad, crítica o impaciencia, impulsividad, ambición y placer de crear en medida tal como hasta ahora no se ha logrado por medio de prueba psicológica alguna».

2) Tales inhibiciones o estímulos se hacen más potentes, de modo tanto más exacto, mediante un nuevo procedimiento de neumografía, que no estorba la libre actitud y el libre movimiento durante la investigación, y que permite registrar durante horas enteras y de modo regular.

3) De manera sincrónica con la curva respiratoria corre una cinta en la que se registra el tiempo y se fijan las manifestaciones del sujeto.

4) Resulta en todo caso interesante, especialmente para la clínica, y también para otros sectores de la psicología aplicada, la elevada correlación obtenida en el Instituto Psico-Médico de Roemer, en Stuttgart, entre la prueba interpretativa y otras pruebas proyectivas y de observación exactamente escalonadas.

Behn Eschenburg ha creado un «test» paralelo al de Rorschach, que se halla configurado de tal modo que las posibilidades de respuestas cromáticas, quinestésicas, etc., sean idénticas en las láminas correlativas de ambos «tests». Puede utilizarse cuando existe necesidad de repetir la prueba de Rorschach, ya que la reiterada utilización de las láminas de este último puede dar lugar a falseamiento de los resultados a causa de recordar el sujeto las respuestas anteriormente dadas (1).

Una interesante variante de la técnica de la prueba, aplicada en niños, es debida a Struve (2). Para obtener una interpretación espontánea, no influída en su curso por una determinación previa, deja la lámina vuelta del revés sobre la mesa junto a la cual está sentado el paciente, diciendo a éste unas

(1) Behn-Eschenburg: «Psychische Schüleruntersuchungem mit dem Formdentversuch», Berna-Leipzig, 1921; H. Zulliger: «Einführung i. d. Behn-Rorschach Test», Berna, 1941.

(2) «Typische Ablaufsformen des Denkens bei 14-15 jährigen Sculkinder» («Zeitschrift f. angewa. Psycholo.», 37 (1930). Véase también W. Jacobsen: «Charak. Arten d. Deut. v. Helldunkelbild» («Zeitsch. f. Psychol.», 138 (1936).

palabras que aumentan su tensión y que, al mismo tiempo, deben contribuir a hacer que toda inhibición desaparezca; pero que de todos modos son únicamente aptas para el empleo escolar de la prueba. En la clínica podrían emplearse las frases siguientes: «Aquí tengo una cosa que te va a gustar mucho», y luego se da vuelta a la lámina. El sujeto queda sorprendido la mayoría de las veces, la contempla atentamente, hace girar la lámina, para decir por último que efectivamente ve tal cosa o tal otra.

Se deja que el paciente contemple la lámina durante tres minutos, durante los cuales manifiesta «que ve muchas cosas» o que ve «toda una historia». Transcurrido dicho tiempo se vuelve de nuevo la lámina al revés. Esta última (STRUVE ha creado tres de este género) no es coloreada; se halla impresa sobre papel blanco y tiene un margen muy amplio. Mientras la hoja permanece vuelta boca abajo ante el paciente, se dice a éste que ahora la va a volver de nuevo boca arriba y que entonces deberá dibujar sobre ella, con tinta, cuanto vea en ella, trazando desde cada dibujo una raya hasta el margen, donde escribirá lo que quiera acerca de cada una de las cosas que ve. Por lo que se refiere a la valoración, la cual es distinta de la del RORSCHACH, dada la ausencia de colores, remitimos a la literatura original correspondiente (1).

4) *Experimentos expresivos.*—Es natural que en todas las pruebas anteriormente expuestas tengamos en cuenta la expresión del sujeto. Hemos venido poniendo constantemente ejemplos de ello. El estudio de la significación de dichas expresiones debe hacerse dentro del marco general del estudio de los resultados de la prueba en su conjunto. Afortunadamente, podemos contar con que todos poseemos un cierto sentido para captar

---

(1) Lo mismo podemos decir acerca de otros «tests» interpretativos, que no podemos exponer aquí a causa de no poder referirse a la prueba más antigua: el RORSCHACH.

Desde el punto de vista práctico, son sobre todo de importancia, y aparte de aquél, el «test» de WARTEGG, así como el de WOLLRABH (Hellmuth WOLLRAB: «Aufschliessung der persönlichen Innenwelt. Formdeutversuche mit gestalteten Formkompositionen» en la «*Zeitschrift f. angewan. Psycholo.*», T. 58 1939-40) y el de BIRZELE (Karl BIRZELE: «Das Reproduzieren von Bildgestalten als Hilfsmittel der Charakte bestimmung»; «*Industrielle Psychotechnik*», año 15. 1938).

la expresión. Si hablamos de «experimentos expresivos» especiales, no nos referimos a la fijación del significado de finos matices expresivos, ni tampoco al registro de manifestaciones expresivas que permanecen inasequibles a la observación directa, sino a:

a) Ciertas posibilidades experimentales que no surgen sino en relación con manifestaciones expresivas, en tanto se trata de síntomas corporales de lo psíquico.

Podemos exponer un par de ejemplos, que tomamos de LERSCH («Gesicht und Seele», segunda edición, Munich, 1943), el cual nos ha puesto de manifiesto estas posibilidades experimentales. En primer término aprovecha el hecho fisiológico de la irradiación. Esta posee cierto campo de despliegue, en relación con los territorios que abarca. Así, por ejemplo, la tensión muscular en brazos, tronco y piernas, tal como la exige el distender una polea de gimnasia, se irradia en ciertos sujetos a la mitad inferior del rostro, de modo tal que los labios quedan firmemente apretados, mientras que en otras personas no sucede así.

LERSCH ha mostrado «que la reacción mímica al distender la polea debe comprenderse como propagación, irradiada al territorio inferior del rostro, de un acto mímico predilecto y caracterológicamente importante». (Loc. cit. pág. 3.ª). Ya que el sentido de esta mímica supone «un rechazo de la puesta en contacto verbal» (pág. 107), sobre el cual se basan determinadas actitudes, tales como la obstinación, la terquedad, la tenacidad, la reserva, pueden deducirse rasgos tan importantes, de manera indirecta, a partir del mecanismo psicofisiológico de irradiación, y, por tanto, no es preciso que surjan directamente durante el experimento. Esto, como es natural, supone una gran ventaja diagnóstica.

Un segundo experimento se basa en que las inervaciones que frecuentemente intervienen en la expresión de un rasgo psíquico habitual se traducen en determinadas tensiones en los músculos correspondientes, de modo tal que, durante la ejecución de ciertos actos, dicha tensión alcanza la primacía sobre otras que tienden objetivamente al mismo fin.

Así, por ejemplo, si se ordena al sujeto que mire durante unos instantes su propia imagen en un espejo, cuyo borde inferior llega a la altura de los parietales, de modo tal que la mirada no caiga así perpendicularmente sobre la ima-

gen reflejada, sino que se desvía intensamente hacia arriba, deduciremos que el fenómeno subyacente a esta mímica, es decir: la desviación, por parte de la atención del sujeto, del ambiente concreto, mientras aquel ocupa su imaginación en cosas que nada tienen que ver con dicho ambiente, en otras palabras: «que el hallarse referido al ambiente y el ocuparse intelectual y voluntariamente de cosas concretas son muy escasos, y que, frecuentemente, se ven interrumpidos» (página 66). Es decir: se trata de otro diagnóstico indirecto.

b) El probando es, además, instalado en situaciones experimentales, las cuales, según muestra la práctica, son especialmente ricas en síntomas expresivos (en análogo sentido a como las pruebas de rendimiento que más adelante estudiaremos proporcionan ante todo datos referidos a los rendimientos), no faltando datos de otra índole, los cuales, sin embargo, pasan a segundo término.

Un ejemplo lo constituye el mencionado experimento con la polea de gimnasia, el cual es muy adecuado para su empleo en una exploración clínica general.

El paciente, sentado en una silla, deberá tirar lo más fuerte que le sea posible de una de dichas poleas. Cuando el esfuerzo se hace cada vez más difícil, debido a la fatiga, algunos pacientes abren de pronto mucho los ojos. Esta mímica, sin embargo, la ofrecemos siempre que nos hallamos ante algo para lo cual no nos hallamos preparados: en la sorpresa, el susto o el horror.

El comportamiento mímico durante nuestra situación experimental significa, pues, que el sujeto no lucha activamente por dominar las dificultades, sino que pierde el control de su obrar y no es ya dueño de la situación.

Otro ejemplo: el paciente mantiene dos electrodos en las manos y aguarda el paso de una corriente eléctrica, la cual comienza y va ascendiendo poco a poco de intensidad.

La mímica de ciertos pacientes constituye entonces un estadio preliminar, de modo directo, de aquel estado en el que llegan a brotar las lágrimas.

El hecho de que dichos sujetos tiendan a dicho cuadro expresivo, propio de los niños que lloran, alude, como nos enseña la experiencia diagnóstica, a cierto infantilismo, es decir: a un desarrollo deficiente de la esfera volitiva frente a la emotiva.

> STREHLE («Analyse des Gebarens», Berlín, 1935) observó asimismo, durante el experimento de electrización, un súbito dejar caer flojamente hacia atrás la cabeza, una vez que se aumentaba la tensión. Creía ver en ello la expresión de que el paciente cedía súbitamente en la actitud voluntaria obligada por el experimento. Cuanto más pronto surja este modo de comportamiento, tanto más escasa es la voluntad de continuar un propósito hasta el fin.

Para el clínico son, desde luego, muy importantes estos experimentos, que son fácilmente realizables. Entre sus numerosas exploraciones debería incluir también algún experimento expresivo. Así, por ejemplo, deberá prestar atención a si es que el paciente busca su mirada al hablar con él, para dar así a conocer que se halla dispuesto a reconocer al médico como polo psíquico hacia el que se orienta, o si, por el contrario, manifiesta tendencias autísticas. Si el paciente rehuye la mirada del médico, éste deducirá que se resiste al reconocimiento de su autoridad, debido a una autoafirmación exagerada.

5) *Situaciones de conflicto.*—Por lo que se refiere al diagnóstico de las tendencias, móviles, etc., tan esenciales para la construcción de la personalidad, es decir, por lo que respecta a las llamadas «disposiciones rectoras» (W. STERN), hasta ahora no hemos venido hablando sino de aquélla que domina en el sujeto, y de otras disposiciones que apoyan, acrecientan o completan a aquélla. En todo obrar existe, sin embargo, frente a una tendencia, una contratendencia, y surge así un conflicto interior. La conducta durante la situación de conflicto constituye pues un importante objeto de investigación.

HOPPE (1), al cual debemos la técnica de la prueba, provoca experimentalmente el conflicto del siguiente modo: el paciente debe realizar repetidamente un determinado trabajo (por ejemplo: ordenar 50 clavijas de metal en un tabla con agujeros) y determinar por sí mismo, antes de cada ejecución, el plazo en que la realizará. Ya que se ha demostrado que «el concluir o no concluir dentro del plazo señalado por el mismo paciente es

(1) «Erfolg und Misserfolg», en «Pschol. Forsch.», T. 14 (1931). Ver también Gottschald, loc. cit., pág. 135 y sigs.

vivido sin excepción como triunfo o como fracaso, y por lo tanto, también cuando dicho plazo es demasiado breve o demasiado largo» (HOPPE, loc. cit., pág. 54), es posible, mediante el empleo de un reloj especialmente construido para fingir aceleraciones o retrasos, provocar en el experimento vivencias de fracaso. Ya que, y en vista de la estimación social, existe un propósito de evitar fracasos, por una parte, y por otra, el de conseguir éxitos con el más alto nivel de aspiraciones posible, surge un conflicto entre la ambición y la prudencia.

La conducta durante esta situación de conflicto muestra intensas diferencias individuales. Vemos, por ejemplo, al hombre dotado de sentido de la realidad, que aumenta su nivel de aspiración después del éxito, que intenta moderarlo tras de los fracasos y que, por último, se resigna a éstos. Otros presentan al comienzo un nivel de aspiración elevado, el cual va descendiendo paulatinamente a través de una serie de fracasos. Si esto habla ya por sí mismo en favor de una cierta tenacidad, se debe, sin embargo, valorar de otro modo, aun cuando en todas las siguientes pruebas parciales vuelva a comenzarse con un elevado nivel de aspiración, es decir: como una falta de coraje frente a la realidad, y ante hechos desagradables. En un caso de esta índole HOPPE vió, además, que después de fracasos surgían explosiones afectivas exageradamente intensas y que por ello hacían el efecto de no ser auténticas, así como un efecto consecutivo a los fracasos que se prolongaba durante semanas enteras. El conflicto, pues, se hace aquí especialmente agudo, a consecuencia, por una parte, del miedo especialmente intenso ante la inferioridad, y por otra, del exceso en el nivel de aspiración. Sin embargo, el conflicto tampoco se soluciona dando por terminada la «decisión» que la situación exigía, sino que se convierte en un estado duradero. HOPPE realizó sus experimentos en personas a las que conocía desde hacía varios años y pudo comprobar «que las diferencias típicas en la prueba pueden observarse idénticamente en la vida habitual, así como en las tareas que corresponden a ésta y que se prolongan durante meses o años».

 Son especialmente importantes para la clínica dos posibili-

dades diagnósticas de la prueba: en primer término, la investigación de la actitud con respecto a sentimientos de inferioridad (en el sentido de ADLER), y segundo, la característica elevación del nivel de aspiraciones que es típica de muchos psicópatas.

6) *Pruebas de emprendimiento.*—Hemos encontrado en las líneas anteriores con la «decisión», como posible término de la situación de conflicto. Podemos, pues, continuar preguntándonos cuáles son las manifestaciones que trae consigo. La intensidad de la voluntad puesta en juego no se halla, como es sabido, en relación alguna con la ejecución de las acciones verificadas. Por el contrario, el efecto de su emprendimiento, depende, como ha demostrado LEWIN (1), de que exista de antemano o se constituya un sistema de tensiones psíquicas que por su parentesco dinámico con necesidades propiamente dichas se designa como casi-necesidad. Por una parte depende de aquéllas, por otra, es reforzado de modo tal por el realizar de la ejecución, que si la actividad se interrumpe surge una tendencia a reanudarla. La reacción a la interrupción, el modo como se reanuda, así como la manera en que obra posteriormente la acción durante el intervalo, se hallan en determinadas relaciones con necesidades individuales y son, por tanto, individualmente características.

El método de investigación fué creado por OVSIANKINA (2). El sujeto debe realizar una serie de acciones (por ejemplo: desenredar anillos, hacer adivinanzas; construir un mosaico según modelo y con piedras de colores; clasificar y empaquetar grapas; sombrear con rayas muestras ajedrezadas; ordenar de nuevo tarjetas postales rotas en pedazos). Mientras el sujeto se halla aún ocupado en una de estas tareas, el examinador le ordena comenzar inmediatamente otra distinta (acto interruptor). La primera tarea no es ya mencionada, y su continuación queda, pues, por proseguir.

En otras tareas correspondientes a la serie se ordena al paciente, por el contrario, que cese definitivamente en su eje-

(1) «Vorsatz, Wille und Bedürfnis». Berlín, 1926.
(2) «Die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen» («*Psychol. Forch*», t. II (1928), pág. 302).

cución. Tienen lugar, además, interrupciones que deben parecer casuales al paciente. Así, por ejemplo, el examinador hace entrar a otra persona, haciendo sonar un timbre invisible para el paciente, la cual ruega al examinador y al examinado que pasen a la habitación contigua. Esto distrae intensamente al examinado, y durante largo tiempo, de la situación experimental.

Existen otros modos de interrupción, que no mencionamos aquí.

Tras cada una de estas interrupciones se observa una tendencia a la reanudación. Por ejemplo: mientras el examinador escribe sin mirar al examinado, éste reanuda rápidamente su tarea e intenta concluirla del modo más desapercibido que le sea posible. Para la comprensión del experimento debe saberse, de un modo psicológico general, que la reanudación no depende de que el examinado crea que el examinador desea ésta, ya que se cumple con una frecuencia aproximadamente igual cuando es expresamente prohibida.

Tampoco puede depender primordialmente del aburrimiento, pues, de lo contrario, también se reanudaría en ejercicios ya terminados, lo cual no es el caso. Más bien podemos afirmar que la acción interrumpida tiende por sí misma a su ejecución final. La necesidad de ello es frecuentemente percibida al principio tan solo como unas ganas indefinidas; la reanudación tiene, por otra parte y en muchas ocasiones, el carácter de acto obsesivo. Pero esto corresponde ya a una diversidad de tipos individuales.

Podemos diferenciar en primer lugar diversos tipos de actitud frente a la prueba.

En el tipo I observamos una reacción afectiva a la interrupción; la adaptación a la acción interrumpida es difícil. Durante aquélla aparece la acción interrumpida como acción principal propiamente dicha o se tiene la sensación de intranquilidad de que no se ha concluído algo; la acción interruptora se vive como algo que hay que salvar, como algo accesorio. La necesidad de reanudar es sentida en forma obsesiva la mayoría de las veces.

En el tipo II la intensidad de la necesidad no es menor; pero, en contraposición al tipo I, es olvidada durante la acción interruptora y surge de nuevo intensamente, la mayoría de las veces estimulada por el carácter de exigencia del objeto sin concluir. Pasaremos de largo los otros tipos y consideraremos en los dos que hemos puesto como ejemplo la reacción con respecto al carácter. Nos referimos tan solo a aquellos sujetos

cuya actitud ante la prueba se halla determinada por la entrega a la ejecución, es decir: en los que cada acción es realizada por tratarse de tal acto en sí, en que este último es el móvil propiamente dicho.

Entre ellos se encuentran los más diversos caracteres, pero siempre con predilección por uno de los mencionados tipos de conducta entre la interrupción y la reanudación. Los caracteres equilibrados muestran claramente un máximo de modos de comportamiento correspondientes al tipo I (continuidad de la vivencia de la tarea interrumpida durante la acción interruptora); los caracteres inquietos (es decir, aquellos que comienzan la tarea con energía, pero que no poseen la suficiente constancia, que tienden a la intranquilidad y al cambio de ocupación y obran de modo inquieto e impulsivo), al tipo II (olvido durante la acción interruptora de la tarea interrumpida). A la clínica le interesa en todo esto la posibilidad del diagnóstico de tendencia a las obsesiones.

El efecto de la interrupción no es tan solo intersante con respecto a la acción, sino también a la memoria, tanto por lo que se refiere a la fijación como al olvido y a la represión. Remitimos a la literatura correspondiente (1).

7) *Pruebas de trabajo y curvas de trabajo.*—Desde el punto de vista diagnóstico nos interesa la conducta voluntaria especialmente en una modalidad, a la cual nos hemos referido ya al hablar de las pruebas expresivas, es decir: como modo de comienzo y de persistencia en contra de obstáculos interiores y exteriores, esto es: como aguante, tenacidad, etc. La situación experimental más sencilla se halla representada por tareas que no ofrecen dificultades, de modo tal que contra lo único que ha de combatir el examinado es contra la fatiga (como sucede en toda modalidad de trabajo). Los aparatos necesarios le son ya conocidos al médico por los laboratorios de Fisiología y por la clínica psiquiátrica; se trata del ergógrafo y del dinamómetro, así como de los cuadernos de cuentas de KRAEPELIN. La finalidad perseguida por la exploración psicodiagnóstica es, sin embargo, distinta.

(1) K. LEWIN: «Untersuchungen zur Handlungs und Affektpsychologie» II: «Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen» de B. Zeigarnik («*Psycho. Forsch.*», t. 9 (1927) y «Das Vergessen einer Vornahme» de G. BIRNBAUM («*Psych. Forsch.*», t. 13, 1930).

Como material del «test» para la prueba de cálculo nos servimos, sobre todo, en la actualidad, de los pliegos de cuentas creados por PAULI (1), en dos páginas, de 40 columnas cada una, a 50 cifras por columna.

Como es sabido, la tarea consiste en sumar lo más rápidamente posible dos cifras inmediatas y consecutivas y escribir la suma, dejando aparte las decenas, a la derecha, en el espacio existente entre ambas cifras. Excepto la primera cifra y la última de cada columna, cada una de ellas es empleada dos veces como sumando: primeramente en la suma con la cifra anterior y luego con la siguiente. Cada tres minutos, y a un golpe de campanilla, debe subrayarse el número últimamente escrito. Se trabaja durante una hora. Ya que se supone que el examinado (como es el caso en clínica) tiene un interés propio en realizar la prueba y que por tanto pone en ello su empeño, deberemos deducir la capacidad de rendimiento a partir del resultado obtenido, y ya que aquí no entra en juego ninguna dote especial, el componente volitivo de la capacidad de rendimiento.

Pero para poder interpretar determinados rasgos de la voluntad deberemos especificar el resultado del «test». Para algunos «una interpretación surge directamente a base de experiencias de índole general. En este sentido no cabe duda, por ejemplo, acerca del significado de la acumulación de errores. Resulta imposible comprender estos últimos como expresión de una concentración auténtica, como signo de cuidado, de labor meditada y concienzuda. Pues todo el mundo sabe por propia experiencia que todas estas no son las premisas de los errores, así es que lo cierto ha de ser lo contrario». (PAULI, loc., cit., pág. 29).

De todos modos, esto no resulta tan claro. Los errores pueden depender de una distraibilidad, de una falta de concentración, pero, asimismo, de una despreocupada ligereza, esto es, de una prisa por concluir, la cual no reconoce sino un impulso a la rapidez, no preocupándose del ritmo establecido en las instrucciones. Con ello, PAULI ha trasladado al dominio de la sintomática del rendimiento el principio de ambigüedad, aplicado desde hace tiempo a la sintomática expresiva, haciendo así comprensible aquella múltiple significación de los síntomas de ren-

(1) Richard PAULI: «Der Arbeitsversuch als charakterologisches Prüfverfahren» (Leipzig, 1943). En este breve trabajo se exponen la técnica y la valoración. Adjunta una bibliografía acerca de la más importante literatura sobre el tema.

dimiento que con frecuencia es obtenida de modo puramente estadístico.

El no cometer errores, es decir, el aspecto positivo de la prueba puede, por tanto, ser referido en ocasiones a la tendencia a la exactitud (tan conocida por la psicología laboral), pero también puede depender del miedo a cometer faltas. Del mismo modo pueden, asimismo, comprenderse todos los demás síntomas como signos de impulsos y como signos de inhibiciones. Pero todo ello tan sólo después de haber obtenido todos estos diversos significados de los síntomas de una manera empírico-estadística, de haber obtenido los síntomas cuantitativos (número de adiciones) y de calidad (número de correcciones, además de la ya mencionada frecuencia de los errores), así como las diversas características del curso de la curva de trabajo.

Teniendo así todos los síntomas en cuenta, nos es posible reducir el número de posibilidades interpretativas que se presentan cuando se considera solamente un síntoma, y que tan sólo son referibles a este. Así, por ejemplo, un escaso número de errores habla realmente en favor de la ya mencionada etiología inhibitoria que tiene el cuidado, esto es, de aquello que corrientemente designamos como pedantería minuciosa; pero ello cuando es simultáneamente pequeño el número de sumas y grande la cantidad de correcciones (los datos cuantitativos se comprenden siempre a partir de las curvas de frecuencia).

Tan sólo puede hablarse de resistencia, en el sentido de infatigabilidad, cuando no aparecen los síntomas de fatiga que serían de esperar dado el nivel de rendimiento, es decir, cuando el máximo de rendimiento por unidad de tiempo (tres minutos) es alcanzado relativamente tarde, coincidiendo con una magnitud de rendimiento más elevada que la media.

En las pruebas ergográficas y dinamométricas se emplea, en lugar de un cálculo continuado, un trabajo físico proseguido Aquí también pueden darse instrucciones en el sentido de procurar un «tempo» máximo de sucesión de elevaciones o precisiones.

En la prueba con el dinamómetro, en la que es el propio examinado el que determina la magnitud de esfuerzo exigido (al contrario de lo que sucede en el ergógrafo, en el cual aquella es determinada por el peso aplicado), puede exigirse la presión máxima. Esta exigencia puede ser la única que se haga. determinando el tiempo por un ritmo obligado. Nos es imposible entrar aquí en los detalles de cada una de las variantes. Todas ellas pueden emplearse juntas y cada una posee su sentido.

El ritmo obligado se elige con el fin de eliminar el momento individual del efecto de las diversas pausas, el cual complica la valoración. Pero con ello se deja de ver el ritmo individual de trabajo, que tanta importancia diagnóstica posee, pero sobre todo se deja de considerar si el sujeto examinado reacciona a la fatiga mediante una lentificación o aminorando la magnitud de las presiones y de los esfuerzos. Durante la fatiga aparece incluso una aceleración y un aumento de la magnitud de las presiones y esfuerzos, y, por último, ambas cosas unidas a un ritmo profundamente alterado.

Como es natural, tiene gran importancia para el médico conocer la conducta no dirigida, incontrolada, que surge en tales situaciones. Y ello tanto más cuanto que la experiencia ha demostrado que las curvas que entonces aparecen registradas son asombrosamente constantes, es decir, aluden a disposiciones permanentes (1)).

En todas estas pruebas de trabajo se unen rendimientos parciales, y con ello entran en juego aquellos momentos psicológicolaborales descritos por KRAEPELIN, del ejercicio, la estimulación, el hábito, la adaptación y el recreo o distracción. WINTER intenta evitarlos obligando a realizar un trabajo sencillo y estático: el paciente debe apretar la palanca del dinamógrafo tan intensamente y durante tanto tiempo como le sea posible (2).

Ya que la curva ideal de fatiga no puede tener sino un aspecto descendente, aquellos componentes volitivos contenidos en las porciones descendentes deberán ser más débiles que aquellos otros que operan en el mantenimiento de la horizontal, o incluso en la obtención de alzas de la misma. Se han obtenido cinco grupos de curvas de trabajo:

1. Formas movidas, y entre ellas:
   a), aquéllas que poseen escasas oscilaciones;
   b), aquéllas que tienen muchas puntas y cúpulas.
2. Formas con interrupciones.
3. Curvas poco movidas que o bien semejan:
   a), un rectángulo, o
   b), un triángulo (con caída cóncava, convexa o escalonada) y además formas abortivas, entre las que se encuentran:

(1) Véase M. HANSEL: «Dynamograph. Untersuchungen d. Arbeitstypen u. d. Konstanz individueller Arbeitskurven». Dresden, 1935.

(2) W. STRAUB y colaboradores: «Untersuchungen z. Charakterologie u. Psychologie d. Willens», III. «Uber die charak. Bedeutung dynamographischer Arbeitskurven», de Kurt WINTER (*«Zeit. ang. Psych.»*. T. 66 (1944), pág. 117).

4. Formas extremadamente cortas, o triangulares o rectangulares relativamente altas, y
5. Formas rectangulares bajas.

Encontramos curvas con elevaciones, como muestra la comparación de las formas de las curvas con los hallazgos referentes a las aptitudes, en los sujetos tenaces y resistentes, o por lo menos en los que se afanan con celo; formas con interrupciones tan sólo en los que se afanan, más sin perseverar y sin tensión enérgica, pero no en los inactivos y flojos; formas rectangulares en sujetos con una voluntad firme, concentrada, pero sin capacidad de dirección.

En las formas triangulares convexas, de las cuales algunas se aproximan aún a las rectangulares, comienza el tránsito hacia los inconstantes, los no tenaces, cuyos grados y clases extremas se muestran en las formas cóncavas, así como en las formas breves y bajas.

Una exploración dinamográfica completa no se limita, sin embargo, a la obtención de estas curvas, sino que se debe verificar asimismo en ambos brazos, bajo un impulso exterior y en otras diversas condiciones variadas de diversos modos. La clase y magnitud del cambio en la forma de la curva se muestran así como dependientes de la estructura personal del examinado, de modo que los datos logrados a partir de la curva primeramente obtenida pueden ser así controlados y completados.

Una serie de pruebas de esta índole, con variación sistemática de las condiciones, no ocupa, en modo alguno, demasiado tiempo, ya que cada prueba aislada viene a durar entre treinta segundos y cinco minutos, y la valoración resulta posible hacerla a base de la forma de las curvas y no del cálculo matemático de los rasgos aislados. Aparte del valor diagnóstico, esta ventaja habla también en favor de la utilización práctica de la prueba.

Una circunstancia especialmente favorable para el empleo en clínica es, por último, el tratarse de un procedimiento en el cual el paciente ignora en absoluto la finalidad propiamente dicha del mismo, es decir, su objetivo psicodiagnóstico.

8) *Pruebas laborales.*—En un principio, la curva de trabajo servía para registrar todos los rendimientos parciales durante una tarea continuada. Más adelante, y aparte de esto, se buscó también la obtención de un registro lo más completo posible del curso de cada labor parcial. El ideal de la obtención del curso de un trabajo, realizada del modo más completo posi-

ble, se extiende también en la actualidad a labores que no se verifican de una manera continuada, es decir: a trabajos en los que se trata, por así decir, de «actuaciones conclusivas». Las pruebas laborales se refieren a estas últimas.

Dichas pruebas colocan al probando ante tareas semejantes a los trabajos realizados en empresas, talleres, etc., con el fin de dar ocasión a que se manifiesten múltiples factores psíquicos, que hacen que el sujeto se interese por la labor, de manera tal que actúe en idénticas condiciones de libertad como la que posee fuera de la situación experimental. Pero estas pruebas laborales son desde luego más unitarias en su estructura con respecto a la tarea a cumplir, que determinados trabajos profesionales «esquematizados», de modo que el probando no muestre frente a ellas aquellas inhibiciones y prejuicios que ofrece ante ciertos trabajos profesionales. Tampoco presuponen determinadas habilidades prácticas, como sucede la mayoría de las veces con estos.

Tomemos como ejemplo la prueba de doblar alambres. En ésta, el probando debe realizar con alambre y según modelo una figura sencilla, la cual consta de porciones rectas, angulosas y redondeadas. El alambre empleado tiene la misma longitud que el que ha servido para realizar el modelo. Al realizar la prueba, no debe calcarse el modelo; es decir, colocar sobre él el alambre a doblar. No se permite rectificar un trozo ya doblado (no detallamos aquí las diversas variantes de la prueba). Esta permite, en primer lugar, investigar el juego conjunto de diversas funciones, las cuales observamos la mayoría de las veces relativamente separadas en los llamados exámenes funcionales; así, por ejemplo, en los de las funciones visuales, como apreciación óptima de medidas y de formas; así como en los de las motoras como habilidad manual y trabajo de ambas manos en conjunto, etc.; así, también, por lo que se refiere a la colaboración entre el ojo y la mano.

Pero junto a esto observamos el transcurso del trabajo; es decir, si el probando medita de antemano cada una de las etapas del mismo; si divide cada una de las partes mediante finos acodamientos; si elabora después pacientemente las porciones redondeadas, mediante delicadas manipulaciones, si es que mira constantemente el modelo mientras realiza el trabajo o si se pone enseguida a manipular sin plan alguno y se apresura a

concluir cuanto antes mediante unos cuantos movimientos. Ante una mirada ejercitada surgen así los más diversos modos de trabajar, desde el extremo representado por una manera meditada, cuidadosa y perfecta de operar hasta aquel en que la prueba se realiza de forma descuidada y superficial. Si no se permiten correcciones ulteriores, este transcurso del trabajo queda reflejado en el producto final.

Sorprende ver cuan extraordinariamente se parecen entre sí las formas obtenidas por un mismo probando en las diversas repeticiones de la prueba. De ello puede deducirse la constancia en el modo de operar, y permite un diagnóstico a partir de un solo producto final, lo mismo que sucede con la letra en grafología.

KRETSCHMANN (1) ha obtenido diversos grupos de formas y ha deducido empíricamente las modalidades psíquicas a ellas correspondientes.

Aquellas formas equilibradas y más próximas al modelo, en las cuales se hallan equilibrada y armónicamente configuradas las partes redondeadas y las rectas, indican cualidades bien ponderadas de entendimiento, así como volitivas.

Las formas duras o rígidas, en las que se realzan las rectas y los ángulos a costa de las redondeces y de la impresión flúida y móvil del conjunto, se basan en una modalidad de trabajo caracterizada por torpeza e interrupciones, o bien realizada de un modo concienzudo.

Las formas en que, por el contrario, destaca más lo redondeado y flúido sobre la acentuación de las diversas partes y la organización del conjunto, indican, cuando son blandamente flúidas, la influencia de la esfera afectiva, ya se trate de una adaptación abierta al ambiente, ya de una decisión rápida y poco meditada cuando el modo de trabajar es confuso, torpe y pasivo, o rápido, superficial e impulsivo.

Formas más sueltas, caracterizadas por dobleces, a intervalos amplios e irregulares, permiten deducir una impulsividad cuando el modo de trabajar es rápido, superficial y saltón, y aplanamiento y debilidad, por el contrario, cuando el modo de trabajar es flojo y descuidado.

La prueba se ha mostrado especialmente adecuada para los fines de la orientación profesional. Mediante ella, se ve claramente si alguien tiende a las manipulaciones finas, o si bien por

(1) «Die charakterologische Deutbarkeit der Drahtbiegeprobe» («*Z. ang. Ps.*», t. 63 (1942). En el libro de Francisca BAUMGARTEN: «Die Charakterprüfung der Berufsanwärter» (Zurich, 1941) hay numerosas pruebas caracterológicamente interpretadas.

torpeza manual o bien por impaciencia, tiende a prescindir de detalles. El trabajo conjunto y simultáneo de las manos se deduce claramente de aquellas formas logradas mediante él, y durante cuya elaboración trabajan alternativamente ambas manos (en ocasiones, mediante pequeñísimos movimientos), o bien una de las manos no hace sino apoyar y sujetar durante todo el transcurso de la labor. En este material de trabajo se advierte más patentemente que en otro alguno la manera de trabajar; registra impulsos sumamente finos y los fija de modo indeleble.

La modalidad de trabajo es algo que se halla profundamente arraigado en el temperamento. No pueden lograrse formas bien equilibradas, suaves y flúidas mediante el mero esfuerzo de la voluntad. Por tanto, la prueba no sirve solamente para fines de orientación profesional, sino que en ella se manifiestan, asimismo, rasgos que no se ponen tan sólo de manifiesto en ocasión de realizar el trabajo.

Resulta así muy apta como método auxiliar del diagnóstico general, tanto más cuanto que la experiencia nos muestra que hay ciertos sujetos que se inhiben ante aquellas pruebas de las que sospechan se trata de exámenes del estado mental (y esto es válido con respecto a muchos de los «tests» que se emplean para el diagnóstico de la personalidad).

Exactamente del mismo modo como se complementa por medio de la consideración de la conducta del sujeto un examen grafológico que no dió resultado, un WARTEGG que no ha dado resultado apreciable ha de complementarse por medio de la prueba de doblar alambres.

9) *Exámenes de la capacidad de reacción.*—Uno de los más fructíferos procedimientos de investigación del temperamento y de la voluntad, y muy adecuado para su empleo en clínica, como método que puede realizarse sin que el paciente advierta que se trata de un experimento, es el examen de la capacidad de reacción, el cual tiene su punto de partida en uno de los más antiguos problemas de la psicología experimental: la medida del tiempo de reacción, la cual fué después, durante mucho tiempo, el principal procedimiento empleado por la psicología experimental de la voluntad, pero sin que se obtuviese cuanto de él se esperaba. ACH lo usó más tarde para investigar esencialmente el temperamento, y finalmente fué reconocido como

muy adecuado para el examen de la voluntad, a partir de los trabajos de RIEFFERT y SIMONEIT (1).

El experimento, en su modalidad más sencilla, consiste en lo siguiente: el sujeto debe apretar lo más rápidamente que le sea posible una palanca en cuanto perciba un estímulo óptico o acústico, al cual aguarda después de habérsele dado una previa señal. El tiempo de reacción, es decir, el intervalo entre la aparición del estímulo, y la reacción se mide con un cronoscopio. No solamente es, en general, distinto para los estímulos acústicos y los ópticos, sino que difiere también individualmente según la reactividad.

Está demostrado que los tiempos individuales de reacción tienen dos puntos en que se acumulan. En torno a uno de ellos se reúnen los correspondientes a aquellos sujetos cuya actitud se halla primordialmente determinada por la atención prestada al estímulo; en torno al otro (representado por valores cronológicos más breves), aquéllos determinados por la reacción. Con ello se determinan dos tipos de reacción: el sensorial y el muscular.

Pueden, sin embargo, emplearse varios estímulos en lugar de uno solo; atribuir a cada uno de ellos una palanca distinta (y también una misma palanca a varios de dichos estímulos); ofrecerlos en serie heterogénea y no conocida de antemano por el paciente, haciendo manejar a éste las palancas correspondientes a cada uno de ellos.

Esta reacción electiva puede dificultarse. además, no haciendo aparecer los estímulos en el mismo lugar, es decir, aumentando las exigencias con respecto a la distribución atentiva; puede aumentarse, por otra parte, la velocidad en la sucesión de los estímulos e intercambiar los lugares en que aparecen éstos, lo cual exige un esfuerzo de adaptación por parte del paciente.

En las instrucciones de RIEFFERT se dan las localizaciones de los estímulos y los cambios entre ellas. Por medio de cinco luces y dos carracas se obtiene un grupo de treinta estímulos, que son presentados diez veces, tanto en los lugares originales como en los cambiados.

SIMONEIT describe un diagnóstico en que, junto a esta «reacción prolongada», se muestra una «reacción momentánea», y que tiene lugar con el aparato de RUPP. El sujeto a examinar

(1) «Zur charakterologischen Auswertung von Reaktionsprüfungen» (*«Arch. f. d. ges. Psych.»*, t. 83 (1932).

está sentado, y coloca la mano abierta sobre un vástago que está sostenido mediante un electroimán. En cuanto suena un timbre debe sujetar el vástago, el cual cae instantáneamente, desprendiendose del electroimán, y a otra señal dada con una carraca de madera o con una bocina debe dejarlo caer.

La prueba se repite veinte veces, y cada estímulo se advierte al examinado, mediante la palabra «atención», para que se concentre. Después se sustituyen los estímulos acústicos por estímulos ópticos: a la aparición de una luz azul debe agarrarse y soltar en cuanto aparezca una luz roja o blanca. Los estímulos parten todos del mismo lugar.

La valoración se realiza teniendo en cuenta todos los síntomas observados: promedio de errores, grado de constancia (con lo cual se entiende «la modalidad del rendimiento reactivo; es decir, cometer constantemente el mismo número de errores, cometer constantemente menos errores de la misma índole o cometer constantemente más errores de la misma clase que en las series precedente y sucesiva»), el efecto de entrenamiento, las clases de faltas (cambios, omisiones, errores sobreañadidos, reacciones tardías), la mímica, la motórica, la orientación atentiva (modo de cambiar la dirección de la mirada, tipo de reacción), etc.

La dependencia del rendimiento reactivo de la capacidad de tensión volitiva, comprobada a base de correlaciones, se manifiesta, entre otras cosas, en que aquella persona que se concentra intensamente de un modo persistente, comete, o bien pocos errores en todas las series, o bien pocos errores de la misma índole, o bien, por término medio, muchas faltas con un creciente efecto del entrenamiento, y que, por el contrario, aquélla que se concentra débilmente de modo constante, comete en todas las series y de modo diverso muchos errores, o en todas las series muchos errores.

Mientras que en estos dos casos es mediana la constancia del rendimiento, en el que se concentra intensamente y de modo oscilante es escasa; y, por otra parte, muestra en grupos de series consecutivas un escaso nivel de errores, más escaso de lo que sería de esperar, teniendo en cuenta el efecto general de entrenamiento. El que se concentra débilmente de modo oscilante muestra, por el contrario, un nivel más alto de errores de lo que indica el término medio del total de errores.

Estas correlacciones pueden resultar alteradas por la intervención de diversos factores; así, por ejemplo, por la excitabilidad, por una intensa vida afectiva, o por la tendencia a reflexiones de tipo espiritual o moral, especialmente cuando

conducen a una introversión marcada. La excitabilidad puede obrar, bien en el sentido de un aumento de la tensión o de una aminoración atentiva. Ambos estados inhiben el transcurso sensorio-motriz del rendimiento.

El exceso de tensión puede ser reconocido, aparte de por los síntomas mímicos y motores, por la acumulación de errores sobreañadidos, coincidiendo con un escaso número de oscilaciones, mientras que la aminoración de la atención es indicada sistemáticamente y, sobre todo, por la constancia en los mismos errores y por el mejor rendimiento en el examen de la reacción momentánea que en el de la reacción prolongada. Esto bastará como ejemplo para mostrar, por una parte, la índole especial del diagnóstico basado sobre la combinación de dos procedimientos, y, por otra, su valor diagnóstico.

10) *Pruebas de rendimiento.*—Tampoco en éstas atendemos tan sólo al resultado obtenido. Para poder comprobar hasta qué punto alguien es capaz de pensar, que es lo que puede retener, etc., debe saberse en qué grado son movilizadas por el «test» las dotes correspondientes a los rendimientos del pensamiento y de la memoria. Las oportunas pruebas son conocidas por el médico, bien a través de la clínica psiquiátrica (1), o bien se trata de pruebas especiales de aptitud, cuya realización debe ser cedida por el médico al psicólogo de la oficina de trabajo, del instituto psicotécnico o de la empresa (2). La clínica se limitará en general al empleo de algunos métodos fundamentales: a los referentes a la capacidad de notación, que se examina presentando diverso material verbal, mnémico, figuras de toda índole, fisonomías, etc., haciendo reproducir inmediatamente de modo verbal o por medio de dibujos, o haciendo reconocer entre un material más amplio. En la clínica, y dada la prolongada estancia del paciente en la misma, es posible realizar un auténtico examen de la memoria, en el cual se le hace reproducir un tema una vez transcurrido un día, una semana o más tiempo después de su presentación. Al hacerlo así atendemos no solamente a la cuantía de lo retenido, sino a la fideli-

(1) Otto LIPMANN: «Handbuch psychologischer Hilfsmitel der psychiatrischen Diagnostik» (Leipzig, 1922).

(2) Fritz GIESE: «Handbuch psychotechnischer Eignungsprüfungen» (Halle, 1925).

dad de la reproducción, que se manifiesta en los cambios, ornamentaciones, etc., del material aprendido, y también a la seguridad con que se reproduce, es decir: a la certeza en el recuerdo. Esto posee no solamente importancia por lo que se refiere a las manifestaciones de desintegración, sino también por lo que respecta al hábito anómalo de rendimiento por parte de la personalidad, tan característico de ciertos grupos de enfermos mentales. Aparte de ello, resulta decisivo en cuanto al valor de los informes anamnésticos.

Junto a la atención prolongada, cuyas manifestaciones de déficit captamos por medio de la conocida prueba de BOURDON o de las tachaduras (1), y más exactamente por medio del examinador de la atención de GIESE o del aparato de banda sin fin (decimos más exactamente, ya que no se presenta, de manera constante, sino un estímulo en el campo visual, y, por tanto, no pueden ser posteriormente corregidos los errores, debido también a que no surgen rendimientos individuales diversos según el tiempo de trabajo y el grado de calidad del mismo). El campo atentivo es examinado taquistoscópicamente mediante una presentación simultánea de estímulos variados, en cuanto a su capacidad. Ya que las diferencias individuales de rendimiento en este sentido se agrupan en torno a dos puntos, se trata, por tanto, de diferencias tipológicas. Es importante para el diagnóstico la correlación establecida por la escuela de MARBES, en Wurzburgo, entre un amplio campo atentivo y una actitud fluctuante de la atención, y entre un campo estrecho y una actitud fijadora. Con ello se ha establecido no solamente un puente entre la atención momentánea y la persistente, sino que se ha reconocido también un rasgo muy importante por lo que se refiere a las funciones de captación y elaboración, a causa del fundamental significado de la actitud atentiva y dado el papel que dicha función desempeña, no sólo por lo que se refiere a la inteligencia, sino a la personalidad total (2).

---

(1) Sobre ésta en general, así como sobre sus variantes, en las cuales no se emplean las letras como material, y en general, sobre todas las pruebas consignadas en este epígrafe, véase el «Psychologische Diagnostik» de Richard MEILLI (Munich, 1936).

(2) Estos problemas los ha desarrollado G. PFAHLEN en «System der Typenlehren» (3.ª edición, Leipzig, 1942).

Entre los múltiples «tests» para investigar el pensamiento debe mencionarse el de EBBINGHAUS (1), denominado también «test lacunar», ya que se presenta un texto en el cual falta cierto número de palabras y que debe ser completado por el sujeto examinado. Con una adecuada elección de texto y lagunas abarca los aspectos parciales del pensamiento captados por medio de otros «tests» (2).

Las pruebas de rendimiento han de lograr quizás una especial importancia con respecto a la *farmacopsicognóstica,* idéntica a la que gozan desde hace tiempo para la farmacopsicología, de la cual parece haber surgido aquélla poco a poco.

Desde que KRAEPELIN comenzó a investigar sistemáticamente el diverso efecto de los distintos fármacos, también, en cuanto a dosis y concentración, con respecto a diversas funciones (tiempo y modo de reacción, reacción a palabras y selectiva, tiempo y contenidos asociativos, persistencia de la atención, memoria, capacidad de notación, apreciación del tiempo, funciones productivas, etc.) y también el curso temporal (punto álgido, modo de descenso, etc.) y cuantía de la influencia ejercida, se ha tropezado constantemente con diferencias individuales y, asimismo, tipológicas (por ejemplo, sexuales).

DÜKER ha investigado recientemente (3) el efecto de preparados hormonales (Testovirón T y Progynon) sobre sujetos psíquicamente infradotados sin alteraciones orgánicas ni funcionales; también por lo que respecta al resultado permanente. Entre otras cosas, ha encontrado que el tiempo transcurido desde que comienza el tratamiento hasta que se nota el primer efecto comprobable, experimentalmente, varía de un modo individual. Por otra parte, dicho intervalo es más breve que aquél transcurrido hasta que los pacientes comienzan a sentir subjetiva y claramente los efectos.

WUNDERLE encontró diferencias individuales en el efecto del Pervitin sobre el rendimiento mental, y cuya causa sospecha reside en diferencias constitucionales (4). Las consecuencias

(1) Stern-WIEGMANN: «Methodensammlung zur Intelligenzprüfung» (3.ª edic., 1926).

(2) Un «test» de este género ha sido creado, con la denominación «Comidas y bebidas», por el Instituto Provincial Renano de Inspección Laboral y Profesional, bajo la dirección de Walter SCHULZ.

(3) «Psychopharmakologische Untersuchungen uber die Wirkung von Keimdrüsenhormonen auf die geistige Leistungsfähigkeit» (*«Archiv f. exp. Phat. u Pharmakol.»*, t. 202, 1943).

(4) «Experimentalpsych. Unt ers. ü. d. Wirkung d. Pervitins auf geis. Leistungen (*«Archiv f. Psychiatrie»*, t. 113 (1941).

farmacopsicognósticas de todo esto no pueden apreciarse aún claramente.

En todo caso, experimentos de esta índole pueden ser ya utilizados en clínica para estudiar acciones y efectos que el paciente aún no percibe subjetivamente, o de las que en su resignación no se da aún cuenta (y que el médico le puede demostrar con los resultados obtenidos en los «tests»). También pueden ser empleadas estas pruebas con el fin de establecer una dosificación individualmente adaptada.

11) *Tipología.*—Un diagnóstico psicológico resulta especialmente sencillo cuando diversas pruebas parciales proporcionan resultados que podemos ordenar como correspondientes a un tipo. Especialmente importantes son aquellos tipos que muestran una afinidad hacia determinadas enfermedades. El diagnóstico psicológico experimental puede reforzar la observación de que una cierta enfermedad es típica con respecto a tal paciente. Los tipos más importantes en clínica son los constitucionales. Hoy en día sabemos que los tipos asténicos predominan entre los tuberculosos quirúrgicos, los ptósicos, los ulcerosos gástricos, los basedowianos, y los tipos pícnicos en la hipertonía, la artritis deformante; los atléticos parece ser están especialmente predispuesto a la grippe epidémica, las inflamaciones pulmonares; también, quizás, para determinadas enfermedades reumáticas y septicemias.

En general, el experimento no hace aquí sino corroborar la impresión deducida de la observación directa de la conducta. El experimento sirve, sobre todo, para investigar las más sencillas peculiaridades receptoras y motrices del paciente, difícilmente accesibles a la observación directa, pero que son importantes puesto que son más espontáneas y revelan el modo de ser psíquico dado junto con la constitución de una manera no deformada por el contacto y la influencia del medio ambiente. Por otra parte, tales experimentos no se hacen sospechosos al paciente, ya que no difieren de los exámenes y exploraciones habituales en clínica.

Los más adecuados entre dichos experimentos son los ergográficos, los taquistoscópicos y los de reacción.

El *ergógrafo* puede emplearse de diversas maneras: si se deja el paciente en libertad para manejarlo, la magnitud de los esfuerzo oscila más en el pícnico que en el leptosomático. Si el peso es grande, el pícnico, cuyo trabajo es más lento que el del asténico, se fatiga más despacio que este último. Si el ritmo es determinado por medio de un metrónomo, de modo tal que a un grupo de cuatro movimientos sigue inmediatamente uno de tres, los asténicos se ajustan bien a él; los atléticos, al menos en gran parte, vacilan y ejecutan más lentamente la tarea. Tan sólo la propia experiencia puede mostrar los límites del «tempo», de la regularidad, etc., típicamente esquizotímicos.

También puede utilizarse el *taquistoscopio* con fines diversos. Si se presentan al paciente durante breves instantes sílabas estas con letras de diversos colores y se le ordena que señale la situación de estos últimos, los leptosomáticos realizan la tarea mejor que los pícnicos, los cuales prescinden peor del significado de la palabra que se les ha mostrado.

Si en el segundo experimento se exigen precisamente y, por el contrario, prestar atención a dicho significado, los leptosomáticos se desprenden con mayor dificultad de la actitud exigida y adoptada para el primer experimento. Si se presentan durante un quinceavo de segundo grupos de cinco a nueve letras, no ordenadas en vocablos, los ciclotímicos captan un mayor número de ellas que los esquizotímicos.

En la prueba de reacción, las diferencias de los tiempos de reacción, con o sin distracción (es decir, junto con la señal aparecen otros estímulos), son mayores en el ciclotímico que en el esquizotímico, pero el número de errores es más reducido.

Si no se dispone de los aparatos necesarios para realizar estas pruebas, pueden utilizarse los «tests» de RORSCHACH o de STRUVE. Con ellos puede penetrarse incluso más profundamente en la psique del paciente; pero para ello se requieren muchos conocimientos psicológicos y una gran experiencia.

Estas pruebas reflejan el psiquismo de cada uno de los tipos como conjunto. El ciclotímico da en el RORSCHACH mayor número de respuestas cromáticas; tiende más a interpretaciones globales; da respuestas de contenido, «objetos» y «paisaje».

El esquizotímico es, por una parte, más crítico y más exigente en cuanto a la forma; mas, por otra parte, tiende más

a las quinestesias. a las respuestas de detalle; interpreta «caras», «caricaturas», etc., en propoción elevada. JACOBSEN encontró con el «test» de STRUVE rigidez formal extrema, así como despreocupación por la forma tan sólo en esquizotímicos y tipos mixtos, y grados intermedios de lo mismo predominantemente en ciclotímicos.

Mencionaremos por último dos pruebas muy sencillas destinadas a estudiar la motórica: la de golpeteo y la realizada con el termómetro.

La primera sirve para averiguar el «tempo» psicomotor. Con este fin, se ordena al paciente que golpee sobre una placa por medio de una barrita, con el ritmo que le sea más agradable. En los pícnicos se obtiene así, por término medio, un valor de 12 golpes cada diez segundos. El valor medio encontrado en los leptosomáticos es considerablemente mayor. Dos investigadores lo establecieron en 27-28 golpes; un tercero (y en un corto número de sujetos), entre 16 y 17. Según las investigaciones de ENKE (realizadas en doscientos treinta y nueve sujetos), los valores encontrados en los atléticos ocupan un término medio entre los pícnicos y los leptosomáticos (pícnicos, 12,8; leptosomáticos, 28,1; atléticos, 22.8).

El *tremómetro* sirve para apreciar la calma y la seguridad de que dispone la mano. Debe conducirse un punzón a lo largo de una ranura curvada, sin tocar los bordes de la misma. Si esto último sucede, el error es eléctricamente registrado.

Ha sido demostrado que los resultados, por lo que se refiere al «tempo» y al número de errores, se disponen escalonadamente con arreglo a los diversos tipos. Los leptosomáticos son los que más rápidamente y con menos errores realizan la prueba; a continuación vienen los pícnicos, y los atléticos son los que dan peores resultados.

De importancia en clínica son los tipos establecidos por JAENSCH (1), en primer término por su relación con la contitución y, a través de ésta, por su afinidad hacia determinadas enfermedades. Estos aspectos han sido estudiados por el hermano de E. R. JAENSCH, W. JAENSCH, en su Instituo y Policlínica de

(1) ROHRACHER expone excelentemente lo esencial acerca de ellos (ROHRACHER, op. cit.).—Véase también W. WIRTH: «Erich Rudolf JAENSCH». «*Arch. f. d. ges. Psychol.*», t. 106 (1940).

Medicina Constitucional en el Hospital de la Charité, de Berlín. Por otra parte, dichos tipos son fácilmente accesibles a los procedimientos experimentales. Los primeros tipos descubiertos por E. R. JAENSCH eran tipos eidéticos, es decir: poseían facilidad para la aparición de imágenes eidéticas. Mientras que el adulto, en general, no es capaz sino de producir imágenes representativas y post-imágenes a partir de un objeto visto, los eidéticos son capaces, además, de producir imágenes que poseen la viveza de las post-imágenes o imágenes consecutivas y que gozan de la cualidad de las imágenes representativas de ser ya posibles después de una breve contemplación de un objeto, y de perdurar. En sujetos de once a quince años de edad y más adelante, en el presenio, dichas imágenes eidéticas son especialmente frecuentes. W JAENSCH ha encontrado dos tipos eidéticos: la imagen eidética del tipo T «se aproxima a la imagen consecutiva negativa, tiene en común con ésta la extraordinaria rigidez e ininfluenciabilidad, y la mayoría de las veces, también su coloración complementaria. Con frecuencia, el sujeto en quien aparece, sobre todo si lo hace espontáneamente, tiene con ello una sensación de extrañeza siniestra; muchas veces reviste carácter obsesivo y no es comunicada su aparición».

El tipo B «considera sus imágenes eidéticas, próximas a las imágenes representativas, como algo natural, que cree presente también en los demás y sobre lo que habla gustosa y ampliamente. La marcada flexibilidad, la fácil evocabilidad y su intensa nitidez hacen que estas imágenes eidéticas posean valor extraordinario desde el punto de vista del desarrollo psíquico». Las abreviaturas B y T ponen de manifiesto las relaciones con la constitución; el tipo B se halla especialmente marcado en la enfermedad de BASEDOW y de aquí que se denomine basedowoide (de manera análoga a lo que sucede en la tipología de KRETSCHMER). Sin embargo, esto no quiere decir que haya de padecer BASEDOW, y en general no muestra sino síntomas generales de estigmatización vegetativa: sudor fácil, ligero engrosamiento del cuello, pero en especial determinadas características oculares; amplia abertura palpebral, reacciones pupilares vivas, parpadeo escaso, mirada brillante. El tipo T. por el contrario,

muestra distintas caarcterisiticas y en él predominan otras correlaciones; en él existe una hiperexcitabilidad del sistema nervioso periférico, especialmente de los nervios motores, como sucede en la tetania latente. Prosiguiendo sus investigaciones, JAENSCH encontró que ambos tipos de eidéticos no representaban sino especializaciones surgidas sobre una disposición eidética a partir de tipos mucho más generales: el tipo B sería la forma más acentuada de integración (especialmente por parte del sistema vegetativo) (integración: I), la cual existiría también entre la percepción y la representación, así como en los demás sectores psíquicos. El tipo T, por el contrario, representa una forma especial de desintegración relativa (desintegración: T).

JAENSCH afirma que el tipo T se encuentra raramente en Alemania, e incluso en Europa. En cambio, el tipo I se encuentra en sus diversas variantes: junto al «integrado hacia el exterior» (I_1), que representa la generalización más inmediata del tipo B, y que posee una intensa coherencia con el medio ambiente (es decir: que es vivencialmente intuitivo, que reacciona emocionalmente y que posee un estado de ánimo exaltado), se hallan: 1) el condicionalmente integrado (I_2), que muestra tan sólo un intenso contacto con el medio ambiente cuando este corresponde a sus actitudes e ideales; 2) el «integrado hacia el interior» (I_3) que se distancia frente al medio ambiente, pero que posee una sólida organización intrapsíquica por lo que se refiere a su modo de pensar, y que por ello se muestra como digno de confianza, fiel a sus principios, consecuente. Especialmente importante es 3), el grupo S de integrados. Mientras que I_1 adopta frente al mundo exterior una actitud más bien pasiva-receptiva, el tipo S tiende a proyectar en aquel su propio interior. A esto corresponde, entre otras cosas, la tendencia a sinestesias (de aquí que se le designe como tipo S), las cuales la mayoría de las veces no surgen con una marcada forma de sensaciones secundarias (como fotismos, es decir: impresiones luminosas desencadenadas por un estímulo acústico y simultáneamente a las percepciones acústicas), sino en forma de sinestesias afectivas (en las cuales, por ejemplo, no se ve un color

azul cuando suena un tono determinado, sino que dicho tono «es sentido» como azul, algo así como en la «Rapsodia en «blue», de GERSHWIN). Las características generales de este tipo de integración proyectivo son: un comportamiento intensamente acentuado de modo afectivo, tendencia o inclinación a animar todo con los propios contenidos psíquicos, tendencia a las actuaciones espontáneas, «soñar despierto», difuminación, en algunos momentos, de los límites entre *yo* y *no-yo*. El retorno de tales estados va entonces unido a vivencias terroríficas. La inestabilidad conduce a estados de angustia. De aquí que el tipo S tienda a la consecución de medios de estabilización. Si llega a obtenerse una superestructura compensadora racionalizada, JAENSCH califica el tipo de S_2, en caso contrario de S_1.

Esta labilidad se muestra especialmente en los procesos morbosos de índole lítica (S_1ly es una abreviatura que corresponde a este tipo lítico). En caso de tuberculosis, JAENSCH cree haber hallado aquellas formas de disociación en las cuales son enlazadas mediante la fantasía las cosas más diversas (S_1t). Si la vida interior se convierte en tan lábil que no puede hablarse ya de un sólido núcleo constituido por el yo, JAENSCH habla de la presencia de un tipo S histeriforme (S_1hy), en el cual la compensación racional da lugar al tipo S_2hy.

Ultimamente se han hallado, o sospechado, otras relaciones entre la tipología integrativa y la tipología constitucional. Un colaborador de la clínica de W. JAENSCH, SCHNEIDER (1), partiendo del papel rector que juega la hipófisis, ha intentado establecer una ordenación de las constituciones, considerando a éstas como dependientes de aminoraciones o aumentos del funcionamiento hipofisario. Uno de los tipos se halla caracterizado por una inferioridad del sistema diencéfalo-hipofisario, la cual va unida a una constitución general degenerativa, y que comprende el enanismo, la astenia (en cuanto a configuración somática), el gigantismo eunocoide y la distrofia adiposo-genital, así como la tendencia a la hipotonía y a las formas asténicas y juveniles de diabetes. En este tipo, la vitalidad es escasa, es decir,

(1) Johann A. SCHNEIDER: «Über Konstitutionsfragen». («*Med. Welt*», año 15, 1941, números 32, 34 y 35).

existe propensión a la fatiga y a la infección; la capacidad de rendimientos corporales, los impulsos y el instinto sexual son débiles, y también, y especialmente, la armonía psíquica, debido a lo cual estas constituciones hipopituitarias corresponden sobre todo a los tipos S_1 ly y S_2. En este último, la superestructura racional compensadora puede dar lugar a cualidades reactivas, tales como terquedad, cólera pronta y fácil, pero también a firmeza y constancia. Existe una disposición a las neurosis, más intensa que en los hiperpituitarios. Con frecuencia se encuentran infantilismos, como contrapartida a los obstáculos que se oponen específicamente al desarrollo somático.

El tipo hiperpituitario, por el contrario, muestra (coincidiendo con las formas corporales pícnicas, atletopícnicas, del gigantismo acromegaloide y del gigantismo adiposo, así como con tendencias a la diabetes hipertónica, la hipertonía esencial, la obesidad y la gota) un cuadro más armónico que el anterior: la vitalidad es más intensa, el desarrollo no se halla obstaculizado, se reacciona intensa, pero rápidamente, ante las infecciones; las inflamaciones muestran menor tendencia a la cronicidad. Y a esta armonía corresponde en lo psíquico la pertenencia a uno de los tres tipos integrativos propiamente dichos: el I_1, I_2 y el I_3. Los sujetos con un aumento de función hipofisaria no muy acentuado y de constitución leptosoma-atlética serían, por otra parte, los más capaces de rendimientos.

Los rasgos característicos de todos estos tipos son muy asequibles a la exploración experimental. En las pruebas perceptivas (por ejemplo, en el RORSCHACH, en la descripción de un grabado o en los dibujos realizados de memoria, etc.) se pone de manifiesto si es que se tiende más bien a captar objetivamente o a proyectar de un modo subjetivo. Si de esta manera se diferencian bien los tipos I y S, es posible continuar diferenciando subtipos mediante un proceder experimental. Así, dentro del grupo I, se diferencian especialmente bien la integración hacia fuera y la integración hacia dentro mediante el grado de compenetración entre percepción y representación, la elevada coherencia con el medio ambiente de I_1 y la tenaz actitud de la voluntad de I_3 (que se aprecia especialmente bien en la

ergografía). También se demuestra bien en tales experimentos la coherencia selectiva, así como las diversas actitudes e ideales, mediante, por ejemplo, las descripciones de un grabado elegido previamente por el examinado entre una gran cantidad de reproducciones de los cuadros más diversos. Por último, S_1 y S_2 se diferencian entre sí según el grado de la compensación, la cual estabiliza relativamente la labilidad del grupo S, pero sin que llegue a alcanzar aquella natural firmeza que es propia del grupo I.

La *ergografía,* tan apropiada para ser empleada en los reconocimientos clínicos, suministra en estos casos datos muy patentes. W. SCHULZ (1) ha obtenido curvas típicas que no variaban repitiendo el experimento en el mismo sujeto y después de uno a dos años. I_3 trabajaba de modo continuado; la regularidad de la curva llegaba en muchas ocasiones hasta aspectos mecánicos, rígidos. Frente a esto, la curva de I_1 era más suelta, más rítmica. Las de I_2 eran intermedias entre las anteriores. S_1 trabajaba de un modo más saltón. S_2 intentaba superarse mediante control consciente, pero sin alcanzar los aspectos equilibrados característicos de los casos I: la elevación permanecía casi constante para descender después bruscamente.

En el diagnóstico de los tipos de integración, y correspondiendo a los hallazgos que han servido para establecerlos, se trabaja mucho con pruebas perceptivas.

Ejemplos tan sencillos como muy demostrativos desde el punto de vista sintomatológico, los constituyen los experimentos con imágenes consecutivas; también con imágenes consecutivas quinéticas y con errores ópticos. Aquí no nos es posible exponer sino las líneas generales de los mismos. Tan sólo pueden establecerse valores cuantitativos absolutos mediante condiciones experimentales muy estrictas. FISCHER los ha logrado (2). Tanto el tiempo de duración total de visión como la duración de las diversas fases de las imágenes consecutivas, son mayores en I_1 y en S_1 que en I_3 y S_2. Por ejemplo, en un experimento en

(1) Walter SCHULZ: «Menschenauslese, vor allem der Eisenhüttenindustrie» («*Stahl und Eisen*», 57, 1937; fasc. 40).

(2) G. H. FISCHER y otros: «Erscheinungsbild, Ausdruck und Aufbau der Persönlichkeit. Beiträge zur psychologischen Symptomatologie und Diagnostik. 4. Beitrag: Zur Symptomatologie und Diagnostik des Integrationstests» («*Z. ang. Ps.*», t. 66, 1943-44).

el cual el primer grupo demostró una duración total de visión de más de 300 segundos, el segundo grupo no pasó de los 200. La separación de I y de S se logra después mediante el establecimiento de un segundo valor: los intervalos comprendidos entre la aparición y la desaparición de la imagen consecutiva aumentan en I y disminuyen en S.

Para la investigación de las imágenes consecutivas quinéticas se emplea una espiral en rotación (la llamada espiral de EXNER), cuyo punto medio ha de ser fijado. Una vez que se ha detenido la espiral, surge una imagen consecutiva quinética negativa, si se coloca ante la espiral una pantalla gris. La imagen consecutiva quinética dura también en I_1 y en S_1 más tiempo que en I_3 y en S_2. Los fuertemente integrados, experimentan una disminución aparente en la rotación de la espiral a la derecha; en la rotación hacia la izquierda, un aumento también aparente. Durante la rotación, I_1 y más intensamente aún S_1, experimentan el «fenómeno del embudo»: el punto medio de la espiral parece hundirse hacia el fondo.

Ilusiones ópticas surgen, por ejemplo, cuando dos líneas de la misma longitud constituyen parte de figuras distintas. En la ilusión óptica de MÜLLER-LYER, por ejemplo, los extremos de una recta se hallan representados por un ángulo abierto hacia fuera; los de la otra recta de la misma longitud, por un ángulo abierto hacia dentro. Esta última parece más larga que la otra, y en grado mayor para I_1 y S_1 que para I_3 y S_2. La magnitud del error es menor en I_2 que en I_1. Por otra parte, en aquél entran en juego y en grado mucho menor factores representativos relacionados con la impresión de magnitud, que, por ejemplo, la representación de que se tira de los extremos de la figura (representación de esta última debida a las instrucciones dadas al realizar la prueba).

Otras técnicas experimentales muy adecuadas son las que se realizan mediante gafas de prismas. Dada la complicación de dichas pruebas, no podemos hacer aquí sino mencionarlas. Aquél que quiera realizar una investigación a fondo de la tipología integrativa no podrá renunciar a ellas, ya que permiten un diagnóstico diferencial muy fino de los diversos tipos.

La elección de las pruebas correspondientes dependerá en no pocas ocasiones de la especialidad de la clínica en la cual se realicen. Según los casos, será preferible apelar a las perceptivas o a las motoras. Las pruebas empleadas fuera de la clínica (de atención, de notación, de asociación, de combinación), por

ejemplo, en los exámenes de aptitud, aparecerían en la mayoría de las clínicas, y a los ojos del paciente, como fuera de lugar. Tan sólo en la clínica neuropsiquiátrica podrían encontrar aplicación.

EPILOGO

El capítulo anterior no pretende sino proporcionar al clínico que ha de establecer un diagnóstico y una terapéutica, una sucinta visión de conjunto acerca de las posibilidades esenciales de los métodos psicológicos experimentales. Confiamos, sin embargo, que esta tentativa haya sido capaz de dar una aproximada idea de las perspectivas nuevas que tales métodos ponen al descubierto y cuán importante es el puesto que el futuro reserva a tales procedimientos, junto al lecho del enfermo o en la consulta. En modo alguno se trata de técnicas excesivamente «difíciles», «prolijas» o «complicadas». Los mismos calificativos se emplearon hace cien, cincuenta o veinticinco años frente a los métodos químicos, microscópicos, roentgenológicos, cuando las determinaciones del nivel de glucosa en sangre o de la velocidad de sedimentación, la medida de la tensión arterial y la electrocardiografía, las inyecciones intravenosas, la reacción de WASSERMANN, la punción humbar, el oftalmoscopio, el laringoscopio, la hipnosis y la psicoterapia, exigían su empleo en la sala del hospital o en la clínica privada.

Todos estos métodos han pasado a formar parte del arsenal clínico, mas no sin discriminaciones entre unos y otros: siempre han de existir diferencias entre aquellos que únicamente son utililizables en clínicas bien pertrechadas y preparadas frente a cualquier contingencia y los que puede emplear el médico práctico que ejerce en la ciudad o en el campo, como complemento de sus conocimientos y de su buena voluntad, de su deseo de perfeccionarse en el ejercicio de la profesión. Incluso una esquemática revisión como la consignada en el anterior capítulo ha de contribuir a demostrar lo imprescindible que le es al médico ocuparse, desde los años de aprendizaje en la Facultad y

en los hospitales, como estudiante y como asistente, de la Psicología científica.

La Física y la Química, con todas sus derivaciones, poseen una innegable importancia; mas hay que tener en cuenta que el hombre, y precisamente con mayor motivo el hombre enfermo, es en primer lugar unidad psicofísica, es corporaleidad animada por el espíritu, y difícilmente podrá continuar prescindiendo el arte médico de este hecho básico de la existencia humana, como si en él se tratase de algo que no es de su incumbencia. La Psicología científica se ha convertido desde hace casi un siglo en un sector del conocimiento, cuya base es cada vez más sólida, y que se halla fundamentado sobre métodos y resultados propios. Hace bastantes años, en 1912, uno de los más destacados psicólogos, auténticamente libre de toda sospecha de hipervaloración propia y de tendencias propagandísticas. Oswald Külpe, expuso y fundamentó una propuesta para que el estudio de la Psicología científica fuese incluído como asignatura en los programas de la Facultad de Medicina. El cuándo y el dónde del cumplimiento de esta propuesta ha de ser asunto dependiente de circunstancias prácticas, mas lo que no puede discutirse ya es el aplazamiento de la misma. En la actualidad contemplamos un sinfín de tentativas para hacer que se convierta el ejercicio de la psicoterapia en una profesión independiente; las cátedras y los institutos de psicología conocen bien tales intentos, que implican el peligro (aparte de aquellos casos que representasen un esfuerzo honrado por enriquecer el conocimiento científico) de que se desarrolle un curanderismo semicientífico, ya que como curandero ha de ser calificado aquel mediocre rutinario que intentase abordar tareas psicognósticas, psicagógicas y psicoterápicas sin tener los conocimientos suficientes para descartar la presencia de un padecimiento oculto y puramente somático que tenga como consecuencia síntomas o síndromes psíquicos.

Pero tales tentativas nos ponen de manifiesto cuán grande es entre la muchedumbre de los enfermos la necesidad de que se tenga en cuenta la vertiente psíquica del organismo enfermo, y cuán anhelosa se halla dicha necesidad de encontrar satisfac-

ción sea como sea. La clínica debería ocuparse de que los pacientes no pusieran una confianza, que los médicos rechazan, en gentes que no son médicos. Estamos convencidos de que dentro de veinticinco años el médico se habrá familiarizado con el instrumental más importante del diagnóstico, la terapéutica y la profilaxis psicológicas, igual que le ha sucedido anteriormente con los procedimientos químicos y bacteriológicos más elementales, con la interpretación de sencillas imágenes radiológicas y de electrocardiogramas, con la medida de la tensión arterial. Todas estas técnicas eran antaño consideradas como difíciles, complejas y únicamente dominables por personas especializadas. Lo mismo sucederá con los métodos más elementales de la psicología experimental. Tal pronóstico supone, desde luego, que en todo este círculo de problemas y de métodos han de regir la fidelidad a la verdad y la conciencia de rectitud, cualidades ambas que, junto a una «santa modestia», son patrimonio de todo conocimiento auténticamente creador. Sabemos, por desgracia, hasta qué punto han ido disminuyendo entre nosotros durante la última época histórica.

Precisamente también aquellas tipologías esbozadas en el capítulo IX de este libro han sido, a partir de 1930, cada vez más retocadas y modificadas por sus creadores principales para ponerlas de acuerdo con episódicas tendencias y postulados políticos. De ello habrá que precaverse cuidadosamente en el futuro, y también, como es natural, aunque se trate de tendencias políticas de signo contrario. La misión que corresponde al presente es la de separar concienzudamente el grano, de la paja en todos los trabajos de esta índole, confirmar lo así depurado (que no es poco) y rechazar lo que sea en ello anticientífico. La psicología clínica, y asimismo la tarea experimental puesta al servicio de ésta, pueden tener que ocuparse, en determinadas circunstancias, del «homo politicus» (como cliente, como sujeto de experimentos, como declarante o como agente de una conducta determinada); pero entonces constituye únicamente un objetivo a observar, y jamás un modelo a seguir o un objeto de horror, un «amigo» o un «enemigo».

 El médico auténtico no conoce sino un adversario: la en-

fermedad, y solamente un programa: la curación. Esto es válido en todos los escenarios de su actividad, en la consulta privada y en la alcoba del enfermo, en la policlínica y en el laboratorio, y jamás gozará de tanta vigencia como allí donde se enfrenta, en actitud de investigar psicológicamente, con el enfermo, el convaleciente, el que sufre una recaída, el que padece.

La *objetividad*, que durante tanto tiempo ha sido denigrada, constituye precisamente su más perentorio deber junto al sujeto que es víctima del dolor.

HELLPACH.

INDICE ALFABETICO

A

Aborto, 277.
Actos fallidos, 237.
Aclimatación, 257.
Activas (Manifestaciones psíquicas), 26.
Adivinar instintivo, 28.
Afección psíquica específica, 24.
Agotamiento crónico, 253.
Alcoholismo, 206.
Anamnesis: a partir de documentos 42 y siguientes, 74.
— mediante interrogatorio de terceros, 44.
— directa o inmediata, 46 y siguientes.
— y sexos, 58.
— de niños, 60, 296.
— de ancianos, 62.
— y clase social, 63.
— genealógica, 73.
Ancianidad, 158, 235.
Anestesia, 223.
Anomalías mecánicas, 228.
— sexuales, 192, 286.
Aparato de RUPP, 386.
Apócrifa (Relación), 25, 133.
Asociación de palabras, 346, 347.
Ausencias, 337.

B

BEHN, Test de, 369.
Bromo (Psicoma de la intoxicación por el), 219.

C

Café (Acción psíquica del), 214.
Cambios de peso, 269.
Carácter de los inválidos, 161.
Carcinoma, 87 y siguientes.
CARPENTER (Efecto de), 29.
Catamnesis, 97.
Causalidad (Concepto profano de la), 70.
Ceguera, 230.
Ciudad (Condiciones en la), 290.
Climaterio, 157.
Clínicas (Internamiento de los niños en), 303.
Comidas (Distribución de las), 266.
Comprensión sintética, 31.
Concatenación motora, 36.
Conciencia de salud, 142.
— de responsabilidad para con la propia salud, 143.
Confianza (Actitud de), 19, 51.
Consejo prematrimonial, 246.
Consultas entre compañeros, 105.
Conversión histérica, 135.
Convicción de estar enfermo, 145.
Convulsiones en los niños, 337.
Crónicas (Enfermedades), 89; (en los niños), 162.
Corea, 329.
Crup laríngeo, 321.
Curas balnearias, 160.
— climáticas, 261.
Curvas de trabajo, 380.

CH

Charlatanismo, 111.

D

Destitución, 239.
Depresiones en la gota, 201.
Diálogo anamnéstico, 42.
Dinamómetro, 379.
Disimulación en niños, 315.
Divorcio, 278.
Dolor, 109.

E

Efecto CARPENTER, 29.
Eidesis, 61, 159.

Eidéticos, 393.
Embolia, 119.
Enfermedad (Interpretación metafísica de la), 163.
Enfermeras puericultoras, 311.
Eneuresis nocturna, 318.
Epilepsia, 336.
Epileptoides vasomotrices, 339.
Ergógrafo, 391, 394.
Espasmo rotatorio, 339.
Espiral de EXNER, 398.
Estigmas degenerativos, 243.
Eutanasia, 19, 85.
EXNER (Espiral de), 398.
Expedientes (Anamnesis a partir de), 42.
Experimentos expresivos, 370.
Exploración, 75.
— (Dolores al realizar la), 77.
— (Enseñanza de la), 77.
— en niños, 299.
Extubación, 323.
Expresión (Campos de), 33.

F

Farmacopsicognóstica, 389.
Farmacopsicomas, 205, 334.
Fatiga, 250.
Fenómeno de MULLER-LYER, 398.
Fijación de síntomas en niños, 317.

G

Geopsicoma, 255.
Grafológico (Peritaje), 44.

H

Hidrargirosis crónica, 221 y sgtes.
Hiperpituitario (tipo), 396.
Hipopituitario (tipo), 395.
Hipocondría, 144.
Hipnotismo, 91, 130.
Hipnóticos, 218.
Histeria, 144.
HOPPE («Test» de), 373.
Hospitalismo, 18, 145, 306, 307.

I

Imágenes consecutivas, 397.
Incurable, 87.
— (Enfermedad), 161.
Intuición subjetiva, 30.
Inválidos, 242.

J

JAMES y LANGE, Paradoja de, 36.
JANENSCH, Tipología de, 390 y sigs.

L

Lenguaje popular, 57.
LERSCH, Test de, 371.
Ley ideorreal, 29, 99.

M

Manifestación (Modos individuales de), 31.
Manifestaciones psíquicas, 26.
Masas (Psicología de las), 287.
Matrimonio (Crisis del), 273.
Meningitis tuberculosa, 327.
Metadromos, 119.
Meteorología, 95.
Mímicas (Manifestaciones), 26, 27.
Morfina, 211.
MULLER-LYER (Fenómeno de), 398.

N

Narcosis, 226.
Natalidad (Limitación de la), 280.
Nictopatía psíquica, 236.
Nosomnesis, 25.
Nosopsicomas específicos. 168.

O

Observación objetiva, 30.
Obstáculos circulatorios, 235.
Orientación profesional, 247.

P

Paisaje (Efecto psíquico del), 262.
Paradoja de JAMES y LANGE, 36.
Parálisis infantil, 229.
PAULI (Pliegos de), 378.
Pavor nocturno, 340.
Personal auxiliar, 104.
Peritaje grafológico, 44.
Picnolepsia, 341.
Pliegos de PAULI, 378.
Policlínica (Enseñanza), 55.
Prescripción, 100 y sgtes.
Prematuros, 310.
Principio de CARPENTER, 99.

Profilaxis, 114.
— de las complicacines, 119.
— antivenéreas, 122, 138 y 179.
Pruebas de trabajo, 377.
Pruebas laborales, 381.
Psicoma, 168 y sgtes.
— colémico, 202.
— conmocional, 23!.
— de la fatiga, 250 y sigs.
— de la obesidad y de la delgadez, 186.
— de las curas de altitud, 260.
— del coma diabético, 196.
— destitucional, 240.
— diabético, 195.
— en la enfermedad de FEER, 331.
— en las enfermedades generales de la infancia, 325.
— en niños diabéticos, 333.
— erótico, 224.
— febril, 169.
— funcionales en la infancia, 335.
— gotoso, 199.
— heredosifilítico, 181.
— hormonal, 183.
— hormonales de la infancia, 330.
— infeccioso, 173.
— tuberculoso, 176.
— venéreo, 177.
Psicosis, 140, 169.

R

Reacción psíquica adecuada, 24, 125.
— psíquica inadecuada, 24, 128.
— (Examen de la capacidad de), 384.
— tardía, 117, 146, 151.
Rendimiento (Pruebas de), 387.
ROEMER («Test» de), 368.
RORSCHACH («Test» de), 365.
RUPP (Aparato de), 386.

S

Sacramentos (Administración de los), 93.
Saturación psíquica, 349.
Seguros sociales, 148.
Sensibilidad a los cambios de tiempo, 255.
Sexuales (Anomalías), 192, 286.
Simpatina, 216.
Simulación en niños, 313 y sgtes.
Síntomas durante la realización de «tests», 354.
Síntomas (Pequeños), 66.
Situación experimental, 351.
— de conflicto, 373.
Sociabilidad, 284.
Sonambulismo, 340.
Sordera, 230.
STRUVE («Test» de), 369.
Sugestibilidad en los niños, 298, 315.

T

Temor a la enfermedad, 115.
«Tests», 353.
— de BEHN, 369.
— de emprendimiento, 375.
— de HOPPE, 373.
— de LERSCH, 371.
— de ROEMER, 368.
— de RORSCHACH, 365.
— de STRUVE, 369.
— de WARTEGG, 359.
Tipología de JAENSCH, 390, 392 y sigs.
Tireosis, 183.
Tóxicos, 205.
Toxieidesis, 175.
Tremómetro, 392.

V

Vegetarianismo, 265.
Vegetativas (Manifestaciones), 26.
Verbales (Manifestaciones), 26, 28, 36 y sgtes.
Vida afectiva (Investigación de la), 357.
Visita médica, 108.
Visitas de los familiares, 305.
Voluntad de curación, 19.

W

WARTEGG («Test» de), 359.